

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA EICOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOSSOCIOLOGIA DE
COMUNIDADES E ECOLOGIA SOCIAL

BEATRIZ MAIA DE VASCONCELOS MUNIZ

A EXPERIÊNCIA DO PARTO NA VOZ DAS MULHERES

RIO DE JANEIRO

2013

Beatriz Maia de Vasconcelos Muniz

A EXPERIÊNCIA DO PARTO NA VOZ DAS MULHERES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Orientador: Ruth Machado Barbosa

Rio de Janeiro

2013

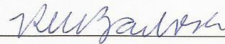
FOLHA DE APROVAÇÃO

Beatriz Maia de Vasconcelos Muniz

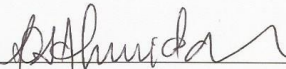
A EXPERIÊNCIA DO PARTO NA VOZ DAS MULHERES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

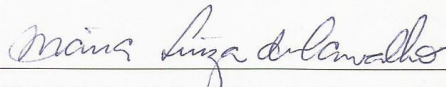
Aprovada por:



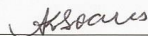
Profª Drª Ruth Machado Barbosa, [Orientador] (Doutora em Psicologia /UFRJ)



Profª Drª Leila Sanches de Almeida (Doutora em Psicologia / USP)



Profª Drª Maria Luiza Mello de Carvalho (Doutora em Psicossociologia EICOS/UFRJ)



Profª Drª Ana Lydia Soares de Menezes (Doutora em Psicossociologia EICOS/UFRJ)

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 2013

M966 Muniz, Beatriz Maia de Vasconcelos.

A experiência do parto na voz das mulheres / Beatriz Maia de Vasconcelos Muniz. Rio de Janeiro: 2013.

94f.

Orientadora: Ruth Machado Barbosa.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social - EICOS, 2013.

1. Gravidez - Aspectos psicológicos – Estudo de casos. 2. Parto (obstetrícia) – Aspectos psicológicos. 3. Grávidas – Psicologia. 4. Maternidade – Aspectos psicológicos – Estudo de casos. I. Barbosa, Ruth Machado. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

CDD: 155.6463

Parto do Princípio
Porque parto com amor
É parindo que me reparto
E sempre me multiplico
Desde o princípio
Parto por inteiro
Com quem vier
Com quem me quiser
Parto com prazer
Parto do respeito
Por uma vida melhor
Parto porque acredito
Que um bom parto é possível
Parto com amor
E por amor vou partindo...
... e parindo

Denise Ahrends

O amor, o trabalho e o conhecimento são as fontes de nossa vida. Deveriam também governá-la.

Wilhelm Reich

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora pelo incentivo e parceria.

À Maternidade Escola da UFRJ e à psicóloga Maria Victória Werneck pela colaboração.

Ao Yuri pelo amor e apoio incondicionais.

À minha filha que me transformou em mãe nessa vida e me faz querer ser uma pessoa melhor a cada dia.

Às mulheres que possibilitaram esse trabalho com seus relatos de parto.

MUNIZ, Beatriz Maia de Vasconcelos. **A experiência do parto na voz das mulheres**. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Resumo

O presente trabalho investigou a experiência do parto de mulheres atendidas em uma maternidade pública no Rio de Janeiro. A produção científica sobre este tema, com enfoque na experiência da mulher e sob a perspectiva desta, vem crescendo nos últimos anos. A contribuição dos estudos feministas é marcante nesse tema e fundamenta boa parte desta discussão. Como ponto fundamental destaca-se a experiência como evidência científica e meio de contrabalançar a dinâmica de poder em relações hierarquizadas, como no caso da mulher que vivencia o parto e os profissionais de saúde que oferecem a assistência. De acordo com esta discussão, um tema recorrente sobre as práticas da atenção destinada à mulher no parto é definido como violência obstétrica. A presente investigação ocorreu na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro e contou com referencial da abordagem qualitativa de pesquisa, dando prioridade à voz das mulheres, que falaram sobre suas experiências de parto. Através de entrevistas semiestruturadas foram ouvidas 4 mulheres adultas, primíparas, cujas gestações eram de baixo risco e que entraram em trabalho de parto. O material foi analisado de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo. Nesta pesquisa o parto é visto como um evento de importância particular, como um processo fisiológico, psicológico e sociocultural. A experiência do parto na voz das mulheres permitiu-nos conhecer como elas o vivenciam e o que querem neste momento de suas vidas. A dor, nessa conjuntura, revelou-se como um dos principais motivos de medo e preocupações acerca do parto. O ambiente físico, as intervenções obstétricas e a relação entre as mulheres e os profissionais de saúde influenciam diretamente a avaliação sobre a qualidade da experiência de parto e afetam a intensidade da sensação de dor. Constatou-se que esses fatores apontados compõem o quadro da violência sutil existente no atendimento ao parto. A partir da fala das mulheres foi possível identificar seus medos, dores e desejos. Dessa forma torna-se possível auxiliar a promoção de melhorias nestes serviços com base nas necessidades das próprias mulheres, auxiliando ainda o exercício de sua autonomia.

Palavras-chave: parto, psicologia do parto, experiência do parto, voz das mulheres, violência obstétrica

MUNIZ, Beatriz Maia de Vasconcelos. **The experience of childbirth through women's voice.** Rio de Janeiro, 2013. Dissertation (Master in Psychosociology of Communities and Social Ecology) – Institute of Psychology, The Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Abstract

The present study based on the qualitative research approach has investigated how women experienced childbirth in a public maternity hospital in Rio de Janeiro. The scientific literature on this topic, focusing on the experience of women in their perspective, has been growing recently. The contribution of feminist studies in this topic is very important and based much of this discussion. The experience as scientific evidence is a fundamental point, as a means of counterbalancing the power dynamics in hierarchical relationships, as in the case of women who experience birth and the healthcare professionals who offer assistance. A common theme about care practices offered to women in childbirth is defined obstetric violence. This research was conducted at the Maternity School of Federal University of Rio de Janeiro giving priority to the voice of women who have spoken about their experiences of childbirth. This data was collected through semi-structured interviews with 4 women who were adults, having their first child, which pregnancies were healthy and have experienced labor before birth. The data was analyzed according to the technique of Content Analysis. In this research childbirth is considered to be an event of particular importance as a physiological, psychological and sociocultural process. The investigation of the voices of women in childbirth allowed us to know how they experienced it and what they want at this moment of their lives. Pain has been the most reason of fear and concerning about labor and childbirth. The physical environment, the obstetric interventions and the relationship between women and healthcare professionals influence directly the quality of the experience of birth and the perception of pain. This study has found that those aspects cited form the base of the subtle violence present in this assistance. Through women's voice the identification of their fears, pain and wishes was possible. In this way, it is possible too to promote the adequacy of obstetric services based on the needs of women contributing to the exercise of their autonomy.

Key-words: childbirth, birth psychology, childbirth experience, women's voice, obstetric violence

LISTA DE SIGLAS

ANDO - Associação Nacional de Doulas
CORE - Centre for Orgonomy Research and Education
CPN - Centros de Parto Normal
MS – Ministério da Saúde
NHS - National Health Service
NV – Nascido Vivo
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
RMM – Razão de Morte Materna
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

INTRODUÇÃO	11
1. SOBRE MULHERES E PARTOS	23
2. A LUTA FEMINISTA	28
3. O ATENDIMENTO AO PARTO NO BRASIL: CUIDADO OU VIOLÊNCIA?	33
4. A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES	37
5. NOVAS PERSPECTIVAS	42
5.1 UMA CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA	46
6. METODOLOGIA DA PESQUISA: INVESTIGANDO AS EXPERIÊNCIAS DE PARTO NA VOZ DAS MULHERES	50
6.1 COLETA DE DADOS	52
6.2 ANÁLISE DOS DADOS	56
7. DISCUSSÃO	71
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE I	92
APÊNDICE II	93
ANEXO I	94

INTRODUÇÃO

A cultura que aceita as diferentes funções naturais interage sem destruir. Cria, protege e estimula com sincronidade dinâmica as transformações evolutivas de cada ser (PAULA e VOLPI, 2008, p.7).

O objeto de investigação desta pesquisa¹ é a experiência de mulheres em relação ao parto. Como estão vivendo seus partos? Parte-se da problematização sobre como as mulheres vivenciam este momento ao serem atendidas em instituições públicas, fator que define um modo de atenção característico quanto ao parto de baixo risco.

Com o propósito de dar voz às mulheres para que possam se expressar, esta pesquisa se fundamenta em literatura sobre feminismo, reconhecimento (FRASER, 2002), humanização (MS, 2000) e sobre o conceito de experiência segundo Arney e Bergen (1984). Considera-se o parto conforme o olhar da Psicologia (MALDONADO, 1991), como um momento de particular intensidade e potencialmente transformador, sendo a qualidade desta experiência parte fundamental na construção da saúde mental das mulheres e dos bebês.

Pretende-se aqui traçar um caminho teórico a fim de elucidar os motivos que nos levam a investigar a experiência do parto na voz das mulheres. Primeiramente, o tema da luta feminista e a condição das mulheres na sociedade será abordado. Sob este enfoque serão vistas as contribuições de algumas teóricas feministas para a discussão acerca da violência contra as mulheres. O atendimento ao parto será abordado considerando a violência presente, como apontado pela literatura, para que seja vista e problematizada. Será considerada a importância do Programa de Humanização do Parto e Nascimento implantado na rede SUS (CECATTI, 2005; REIS *et al*, 2011), indicando os muitos entraves que dificultam sua concretização.

A situação de violência no parto permanece invisível na maioria das instituições e para a maioria dos profissionais de saúde. Já para as mulheres ela é visível, porém “indizível”. Este silêncio, marcado pelo impedimento da fala, mostra o lugar da mulher enquanto sujeito oprimido no jogo de poder presente na dinâmica das relações sociais. Por este motivo, é através da fala relacionada à experiência de cada mulher em seu parto

¹ Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Anexo I).

que se pretende “empoderá-las”² e conhecer como vivem o parto e o que querem nesse momento de suas vidas.

O conhecimento construído a partir das experiências das mulheres no parto pode contribuir com o questionamento das condições do atendimento destinado a elas neste momento (FIGUEIREDO *et al*, 2002). A produção científica sobre este tema indica que a violência contra a mulher é uma realidade comum a este atendimento.

Estudos e discussões (DINIZ, 2003; PEREIRA, 2004; LEAL *et al*, 2005; GOMES *et al*, 2008; WOLFF E WALDOW, 2008; HOTIMSKY, 2009; AGUIAR e D’OLIVEIRA, 2011) têm ocorrido atualmente sobre o que se chama ‘violência obstétrica’. Este termo está relacionado ao contexto do parto e ao uso de algumas intervenções médicas comprovadamente inadequadas (OMS, 1996) que provocam dor e sofrimento às mulheres e são mantidas por uma questão de conveniência, hábito e status profissional.

Pode-se dizer que este status está relacionado ao lugar de poder ocupado pela medicina em nossa sociedade, onde o médico ocupa o lugar de possuidor de uma verdade incontestável (CAPRARA e FRANCO, 1999). As práticas que são consideradas prejudiciais para o parto, foram assim determinadas após inúmeras pesquisas fomentadas pela Organização Mundial de Saúde.

Considerando a história dos modelos de atenção ao parto, no século XX em especial, o modelo hegemônico estava baseado em uma visão negativa, de sofrimento e dor para a mulher e para o bebê (DINIZ, 2003). Modelos de atenção à saúde se configuram como construtos sociais (BERGER e LUCKMANN, 1966), ou seja, são permeáveis à cultura e às configurações de papéis de gênero. O parto, assim, era visto como um castigo para a mulher pelo prazer sexual. A partir do pressuposto do sofrimento, o bem estar físico e emocional da mulher não fazia parte da concepção deste processo fisiológico, que era considerado patológico pela medicina.

É possível constatar tal concepção na seguinte citação: “O parto (...) equivale para a mãe a cair de pernas abertas sobre um forcado (...) e para a criança, a ter sua cabeça esmagada por uma porta. (...) O parto é, portanto patogênico. E tudo que é patogênico é patológico” (Joseph DeLee, 1917 apud DINIZ, 2009b)³.

² Do inglês *empowerment*.

³ Saiba mais sobre o obstetra Joseph DeLee (1869-1942) e sua visão patogênica acerca do parto no artigo publicado em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1349440/>

De acordo com esta visão negativa do parto, algumas intervenções médicas tornaram-se muito comuns sob o pretexto de diminuir o sofrimento ao acelerar o processo, bem como antecipar os problemas entendidos como inerentes a todo parto. A hospitalização, a sedação completa, o uso de fórceps de rotina para primíparas e a episiotomia⁴ de rotina faziam parte do cenário cotidiano da atenção ao parto.

No decorrer das décadas de setenta e oitenta, houve uma crise neste modelo médico hegemônico. Como fatores que contribuíram com esta crise, de acordo com Diniz (2005), temos: o aumento de gastos sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência, a falta de consenso sobre os melhores procedimentos, bem como a grande diferença de opiniões nas diferentes regiões do planeta. Com isso, um grupo de pesquisadores se uniu a fim de avaliar a efetividade e segurança dos procedimentos comuns ao atendimento na gravidez e no parto. A metodologia utilizada pelo grupo para tal tarefa consistiu em revisões sistemáticas e metanálise, o que resultou na Medicina Baseada em Evidências.

Em 1989, este grupo, composto por centenas de integrantes, publicou uma exaustiva revisão dos procedimentos obstétricos. Também no ano de 1993 foi publicada uma revisão sistemática de cerca de quarenta mil estudos publicados sobre este tema desde 1950, classificando os procedimentos com relação a sua efetividade e segurança. Hoje em dia, as revisões são atualizadas periodicamente pela Biblioteca Cochrane⁵.

Essas revisões permitiram a construção das diretrizes da OMS referentes ao atendimento ao parto de baixo risco que orientam as práticas do SUS e definem que o objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Essa abordagem implica que, no parto normal, deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural (OMS, 1996).

Alguns atores importantes, em nível nacional e internacional, contribuíram com uma nova visão positiva a respeito do parto.

Grantly Dick-Read era um obstetra inglês que na década de 30 do século XX escreveu seu primeiro livro sobre o parto natural, *Natural Childbirth* (1933). Contudo,

⁴ O termo episiotomia, etimologicamente significa “corte do púbis”: corte, incisão na região perineal, que atinge pele, mucosa vaginal e as camadas superficiais e profundas do períneo (GOMES, 2010, p.88,89).

⁵ “A Colaboração Cochrane é um excelente avanço para a tomada de decisões no campo dos cuidados à saúde [...]. Os objetivos [...] são fornecer informação precisa sobre os efeitos do cuidado à saúde prontamente disponível por todo o mundo, produzir e disseminar revisões sistemáticas de intervenções aos cuidados à saúde, e promover a busca por evidências na forma de ensaios clínicos e outros estudos de intervenção”. (El Dib, 2007) Cf. Homepage do Centro Cochrane do Brasil em <http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/index.php?lang=pt>

foi através de seu segundo livro, *Childbirth without Fear* (1942), que se tornou mundialmente famoso. Muito de seu trabalho afirmava como o medo intenso vivido pelas mulheres em trabalho de parto influenciava a forte experiência de dor. Seu esclarecimento sobre a vivência do ciclo medo – tensão – dor presente na cena dos partos nos é valioso ainda hoje.

Um famoso obstetra brasileiro, Moisés Paciornick, atuou no Paraná e enfatizou a importância de atores não médicos no parto, como as parteiras indígenas, bem como a importância de compreender sua fisiologia. Em 1979 publicou *Parto de Cócoras – Aprenda a Nascer com os Índios*. O obstetra uruguaio Roberto Caldeyro-Barcia, pesquisador de ponta da fisiologia obstétrica, publicou em 1979 *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*.

O obstetra brasileiro José Galba de Araújo apoiava as parteiras tradicionais no Ceará e utilizava recursos humanos disponíveis em favor das mulheres no parto. Uma de suas preocupações era a busca do equilíbrio entre a tecnologia, os costumes e as tradições regionais na assistência ao parto. Em 1987 publicou o livro *Parteiras Tradicionais na Atenção Obstétrica no Nordeste*.

Frédéric Leboyer, obstetra francês escreveu seu primeiro livro em 1976, *Birth without Violence*, enfatizou que o parto é um processo simples e natural e o bebê é um ser sensível que deveria ser recebido em um ambiente físico e emocional acolhedor e não de sofrimento e dor. Sua contribuição ainda é considerada importante referência nesta área. Também na década de setenta, Michel Odent, outro obstetra francês, ficou famoso por introduzir a piscina de parto em uma maternidade francesa, em Pithiviers, e pela divulgação das experiências de parto humanizadas e prazerosas que ali ocorriam. Este autor ainda hoje é um dos nomes mais importantes na campanha mundial pela humanização do parto, tendo publicado 12 livros a este respeito que foram traduzidos para 21 línguas.

Este obstetra enfatiza a importância do conhecimento produzido recentemente sobre a fisiologia do parto para o entendimento das necessidades das mulheres em trabalho de parto, bem como a possibilidade de se viver uma experiência prazerosa neste momento. Tais concepções diferem em grande medida do modelo médico hegemônico chamado intervencionista ou tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2001).

No Brasil, em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), que em seu documento denominado Carta de Campinas denunciou as circunstâncias de violência, constrangimento e as condições pouco

humanas no tratamento das mulheres e crianças no momento do nascimento (DINIZ, 2005).

Ainda que possamos contar com contribuições riquíssimas a respeito da humanização do parto e nascimento em âmbito nacional e internacional, desde aproximadamente a década de trinta do século XX, a luta para que a mudança no atendimento ocorra continua necessária (MARTINS et al, 2010). Devemos questionar porque diante de inúmeras evidências contrárias, algumas intervenções danosas permanecem como prática rotineira.

Tal fato demonstra como as dimensões da cultura - sexual, reprodutiva, corporativa, institucional, etc. - têm precedência sobre a racionalidade técnica na organização das práticas de saúde no Brasil.

A fim de esclarecer em que consiste a experiência de violência aqui apontada, encontra-se em Chauí a seguinte definição:

[A] conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência (1985, p.35).

Atualmente sabe-se, através de pesquisas que enfatizam a fala das mulheres, que muitas delas comumente vivenciam o parto com ofensas, dor e humilhação (DINIZ e CHACHAM, 2006; GOMES et al, 2008). Tal circunstância, antes invisível, uma vez que é desvelada, demonstra uma realidade cotidiana cruel que fere completamente os princípios dos direitos da mulher, direitos humanos (MATTAR e DINIZ, 2012). Constata-se ainda, a relevância desta discussão, na medida em que o parto é um evento marcante na vida da mulher e cujos efeitos serão sentidos por toda vida (KITZINGER, 1984).

Neste sentido, deve-se salientar a importância do atendimento digno, respeitoso e que leve em conta a autonomia da mulher. O Programa de Humanização do Parto e Nascimento (MS, 2000), como veremos mais adiante, representa, ao menos enquanto regras e leis constando no papel, um avanço na melhoria do atendimento.

Segundo contribuição da antropóloga Robbie Davis-Floyd (2001), na prática, as mudanças ainda caminham a passos curtos. É preciso enfatizar que a transição do modelo de atenção anterior, tecnocrático (SARGENT e DAVIS-FLOYD, 1997;

DAVIS-FLOYD, 2007), para o humanizado, está inserida em um quadro mais amplo de mudança de paradigma na Ciência.

Ainda segundo esta autora, o modelo tecnocrático tem como característica marcante uma visão da ciência moderna, mecanicista e reducionista em relação ao ser humano que culmina em uma forma de relação imparcial e técnica entre o profissional de saúde e o usuário do serviço. Dentro desta lógica ocorre uma precarização dos serviços em sua função primordial que é promover a saúde e o bem-estar dos sujeitos.

Conforme o modelo tecnocrático de atenção ao parto demonstrou seu caráter prejudicial, como apontado nas evidências científicas que baseiam as diretrizes da OMS, foi organizado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (MS, 2000). A partir de então, o ideário da humanização passou a nortear todas as instâncias do SUS. O objetivo principal desta política é a melhoria do atendimento oferecido (GARCIA, A. *et al*, M., 2009).

Um ponto central da implantação desta política de Humanização é a elevada mortalidade materna⁶, que apesar dos avanços científicos na área continua a ser um fator preocupante no Brasil (MORSE *et al*, 2011). Segundo Leal (2008), mesmo com os avanços produzidos por medidas tomadas pelo governo na atenção básica à gestante, não foi alcançado o objetivo maior de diminuir a mortalidade materna. Ainda segundo esta autora: “As principais causas vigentes de morte continuam a ser hemorragias e hipertensão arterial, ambas evitáveis por meio de assistência de qualidade ao pré-natal e ao parto [...]” (ibid., p. 1724).

Com isso, constata-se que a má qualidade do atendimento à gestação e ao parto no Brasil ocasiona um alto número de mortes que poderiam ser evitadas (PAIM *et al*, 2011). De fato, a Razão de Morte Materna (RMM) alcança índices altos no Brasil (TANAKA, 2000) e por isso tornou-se prioridade na agenda da saúde no país⁷. Este é um problema grave de saúde coletiva no Brasil, desvelado primeiramente pelo alto número de intercorrências na gravidez e no parto que levam à morte, marca extrema da violência. Os dados sugerem valores mais elevados nas mulheres de menor renda e escolaridade, da raça negra e com pouco acesso à assistência, sendo um importante indicador das condições de vida e injustiça social (MORSE *et al*, 2011).

⁶ É chamada morte materna quando a mulher morre por causas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal.

⁷ “A cada minuto morre uma mulher no mundo por conta de complicações na gestação e parto”. Fala de Helen Clark, administradora do PNUD quando em conferência global em Berlim, 2009. Disponível em: http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=3298&lay=pde

Como valor de referência, a OMS considera elevada a RMM superior a 25/100.000 NV (lê-se: 25 por 100.000 nascidos vivos (NV)). Apesar das inconsistências nestes valores seja por problemas como omissão ou incorreção de registro, eles são elevados, sugerindo baixa efetividade das políticas públicas para enfrentar a questão.

No Brasil, os dados disponíveis no DATASUS indicam uma razão de 74.68 mortes por 100.000 nascidos vivos (nv) em 2005 (DINIZ, 2009a)⁸. A coordenadora de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Esther Vilela, afirma: “O nosso modelo de atenção ao parto não é um modelo que facilita isso [a redução da taxa de mortalidade materna].”⁹

Em 2011, na revista médica inglesa, *The Lancet*, um dos temas da série especial sobre a saúde do brasileiro foi justamente a Mortalidade Materna. Conforme mostra o artigo, dentre as principais causas de morte materna, com dados mais recentes, de 2007, estão: doenças hipertensivas (23%), septicemia - infecção geral grave do organismo - (10%), hemorragia (8%) e complicações de aborto (8%).

No ano 2000, buscando estabelecer metas para mudar este quadro – que se repete em outros países ditos ‘em desenvolvimento’ - a ONU, composta então por 191 países membros, apresentou a Declaração do Milênio e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio assumidos pelos países com o compromisso de alcançá-los. Foi proposta uma série de metas com prazos fixados almejando alcançar melhorias para a humanidade neste século.

Nesta declaração foram acordados oito objetivos, quais sejam: 1- erradicar a pobreza extrema e a fome; 2- atingir o ensino básico universal; 3- **promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres**; 4- reduzir a mortalidade infantil; 5- **melhorar a saúde materna**; 6- combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7- garantir a sustentabilidade ambiental; 8- estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento¹⁰.

O prazo estabelecido para alcançar tais metas se encerra no ano de 2015. O Programa de Humanização do Parto e Nascimento do SUS foi implantado visando alcançar a meta estabelecida (5). A política de humanização representou um discreto

⁸ A meta para a redução de morte materna no Brasil estipulada pela ONU é de 35 por 100.000 nascidos vivos. Dados disponíveis em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-05-11/brasil-precisa-avancar-na-reducao-da-mortalidade-materna-dizem-especialistas>

⁹ ibid.

¹⁰ Grifo nosso. Estão em negrito os objetivos principais para a discussão do presente trabalho.

avanço na melhoria do atendimento à mulher no parto, considerando que sua efetivação vem sendo lenta e difícil (DINIZ e CHACHAM, 2006). É o que se pode constatar com a notícia de que o Brasil não alcançará a meta de redução da mortalidade materna: “Como o Brasil, 124 países chegarão a 2015 sem ter reduzido em 75% a mortalidade materna entre 1990 e 2015, estimam os pesquisadores”¹¹.

Segundo importante estudo publicado (D’OLIVEIRA, DINIZ e SCHRAIBER, 2002), parte dos problemas relacionados à morbidade e mortalidade materna está relacionada à violência praticada pelos próprios profissionais de saúde. Da mesma forma, este problema não está somente relacionado ao acesso aos serviços, já que também ocorre nas cidades, onde a maioria dos partos se dá no hospital. As autoras deste estudo relacionam então a questão à violência dos profissionais no atendimento e afirmam considerar este assunto tão importante quanto perturbador.

Segundo Diniz (2005, p.9): “*Humanização* é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional.” Esta violência é muitas vezes invisível e parte da atitude dos profissionais e das próprias normas institucionais com relação à mulher em trabalho de parto, que são atravessadas e construídas sobre preconceitos, crenças sobre as posições de gênero e a sexualidade. Esses elementos contribuem com o quadro definido como violência obstétrica.

Assim, para que uma mudança seja possível, é preciso que tanto os profissionais em formação, quanto os já atuantes, se conscientizem em relação ao problema, reavaliando sua prática e se apropriando da proposta de uma forma de cuidado que prioriza a noção de direito e autonomia do sujeito (DINIZ, 2006 e HOTIMSKY, 2009). Desta forma, talvez, envolvendo todos os atores responsáveis, as leis e regras poderão sair do papel e se tornarem a realidade deste atendimento.

É necessário apontar que este problema revela a realidade da desigualdade de gênero, que é marca do modelo de sociedade patriarcal, androcêntrica, que ainda ordena as relações sociais de modo geral. Mesmo após décadas de lutas assumidas pelo movimento feminista no mundo, *a mulher* – em visão essencialista - é vista como um ser que encarna o incontrolável, o instável, o imperfeito.

Tais concepções sobre as mulheres, no âmbito médico, tornam seus corpos objetos de controle (WELTON, 1998). É o que apontavam Ehrenreich e English já em

¹¹ *ibid.*

1973, quando escreveram: “A medicina trata a gravidez e a menopausa como doenças, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico”.

Em contrapartida, em resposta a esta condição de submissão, as mulheres por todo o mundo começaram a se organizar com mais força na virada do século XIX para o XX. Já em âmbito brasileiro, é importante saber que a luta das mulheres pelo reconhecimento¹² se fortaleceu a partir da década de 80 combinadas ao processo de redemocratização do país após o período da ditadura militar (CAMPOS e OLIVEIRA, 2009). Neste movimento, desde o início, buscou-se criar políticas que favorecessem os direitos das mulheres e derrubassem as desigualdades e injustiças existentes. Esta luta se deu principalmente no âmbito da saúde e sexualidade, como a defesa dos direitos reprodutivos, por exemplo.

Com relação à história do parto no Brasil (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005), sabe-se que o avanço do conhecimento acerca da reprodução e do próprio parto, conseguido através da hospitalização promoveu melhorias. Entretanto, o preço a ser pago foi a desumanização do serviço e a transformação do lugar da mulher, que passou do estatuto de sujeito, para objeto, neste processo. A mulher ao ser tratada como objeto vivencia a experiência de violência real, conforme a definição de Chauí (1985) apresentada anteriormente.

Nesta perspectiva, a violência é expressa através da negligência na assistência, da discriminação social, como de raça e classe, da violência verbal e da violência física.

Pode-se dizer ainda que um dos aspectos que formam a conjuntura da violência é a existência do jogo simbólico presente na relação médico-paciente (PEREIRA, 2004). Este jogo baseado em uma dinâmica desigual de poder produz efeitos que podem ser percebidos na fala das próprias usuárias do serviço de saúde. A hierarquia presente nessas relações afasta estes atores, pois o médico ocupa o lugar do ‘saber-poder’ e a mulher do ‘não saber-não poder’. Percebe-se como a autonomia e a voz são negadas a estas mulheres que, sem alternativas, se submetem e se conformam com o mau atendimento na maioria das vezes.

A questão abordada na presente pesquisa tem especial relevância atualmente. Desde o ano 2000, com a criação do Programa de Humanização nos serviços prestados pelo SUS, especialmente ao parto e nascimento, pesquisas são feitas a fim de investigar o processo de implementação e resultados deste Programa (DINIZ e CHACHAM, 2002;

¹² O termo reconhecimento está baseado no modelo proposto por Nancy Fraser, o qual combina a luta pela justiça redistributiva com a luta por justiça de reconhecimento.

SERRUYA *et al*, 2004; DESLANDES, 2005; DINIZ, 2005; TEIXEIRA, 2005; SOARES, 2005).

Estas pesquisas apontam para importantes questões relacionadas à atuação dos profissionais de saúde envolvidos nesta assistência, bem como ao cumprimento das leis e gestão das instituições. Além disso, aspectos sociais e de gênero envolvidos no atendimento à mulher no parto, são indispensáveis para sua compreensão.

De acordo com algumas pesquisas atuais, a negação dos direitos da mulher é evidente neste atendimento, de maneira que sofrem desde violência física à simbólica. Sendo assim, a compreensão dos aspectos histórico-culturais¹³ torna-se fundamental para que se possa situar diferentes concepções do ser mulher e do ser mãe, na medida em que orientam as posturas e atitudes das e para com as mulheres na sociedade atual.

É importante salientar que em 2013 estaremos a uma distância de 13 anos após a implementação da Política de Humanização do SUS e 2 anos antes da data de cumprimento da meta estabelecida na Conferência do Cairo (1994) de reduzir a mortalidade materna¹⁴ em 75% no Brasil. Este momento, por isso, torna-se propício para tal investigação, na medida em que pode contribuir com o entendimento e transformação da prática de atenção à saúde materna, em especial, ao parto.

Pode-se dizer ainda, que é fundamental ampliar a produção sobre esta temática enfatizando a ótica das próprias mulheres usuárias do serviço de saúde. Poucos trabalhos foram produzidos nesta perspectiva onde a fala das mulheres é priorizada a fim de reconhecer como este atendimento é vivido por elas, além de identificar os efeitos provocados por estas experiências em suas vidas. A partir da construção desse conhecimento, caracterizado por um olhar interdisciplinar, tal investigação poderá propiciar uma reflexão sobre a prática do atendimento, com a posterior adequação deste à realidade das usuárias, como tem sido feito em diversos países (DAVIS-FLOYD, 2009).

Como implicação, o tema da atenção ao pré-natal, parto e nascimento começou a ter importância em minha vida a partir da minha própria gravidez, em 2002. A partir de minhas experiências percebi a necessidade de rever as práticas dos profissionais atuantes neste momento da vida da mulher, como também a postura das mulheres em

¹³ Cf. KITZINGER, 1978; JORDAN e DAVIS-FLOYD, 1992.

¹⁴ Segundo documento do Ministério da Saúde (2007), 'morte materna' é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

relação a estas. Conforme meu interesse crescia, busquei formas de aprofundar meu conhecimento na área. Com este objetivo, participei do Curso de Capacitação de Doulas oferecido pela ANDO em 2007, do Curso oferecido pelo obstetra francês Michel Odent e a enfermeira obstétrica Heloisa Lessa sobre Ecologia do Parto e Nascimento, registrado pelo Primal Health Research Centre em 2008, ambos no Rio de Janeiro, o Curso de Ergonomia com o ergonomista e parteiro Peter Jones creditado pelo CORE em 2010, no Reino Unido e o Curso de Coordenação de Grupos de Gestantes oferecido pela psicóloga Vitória Pamplona. Como também a participação em eventos sobre o assunto e apresentações discutindo o tema da violência no parto.

Com esta formação na área foi possível conhecer a natureza política das teorias e práticas que orientam a atenção à saúde da mulher. Tal conhecimento se destacou como ponto central da experiência vivida por mulheres na assistência voltada à gestação e ao parto, resultando no interesse na realização desta pesquisa no campo da Psicossociologia.

Portanto, o que esta pesquisa tenciona é lançar luz à experiência das mulheres no parto levando em conta a literatura atual acerca da humanização dos serviços de saúde, dos aspectos sociopolíticos que envolvem tal questão e da violência comumente presente neste atendimento (DAVIS-FLOYD, 1994; JOHNSON, 2008; SQUIRE, 2009). Dar voz às mulheres quer dizer conhecer suas experiências e desvelar as possíveis violências invisíveis presentes ainda no cotidiano do atendimento ao parto.

Após a Introdução, será apresentada uma breve retomada na história da assistência ao parto contando com a contribuição da Antropologia. No capítulo seguinte será abordada a contribuição do movimento feminista para as discussões e lutas contrárias ao lugar de submissão da mulher na cultura patriarcal e capitalista de nossa sociedade. Em seguida, o terceiro capítulo apresenta o quadro atual do atendimento ao parto no Brasil, questionando o cuidado oferecido que muitas vezes ganha contornos de violência.

Na esteira dessa discussão, o próximo capítulo enfatiza a importância de se conhecer a experiência das mulheres, dando-lhes voz para que sejam ouvidas e reconhecidas, especialmente sobre seus partos. Posteriormente, novas perspectivas e atuações no atendimento ao parto serão abordadas a fim de que seja possível conhecer seus resultados positivos, problematizando as práticas prejudiciais mantidas em certas instituições.

No quinto capítulo é apresentada uma possível contribuição da Psicologia para auxiliar a compreensão da experiência vivenciada pelas mulheres no parto sob o ponto de vista biopsicossocial.

Na Metodologia será apresentado o caminho percorrido na investigação da experiência das mulheres no parto a partir da abordagem qualitativa de pesquisa, como o perfil dos sujeitos, o local e a escolha da forma de coleta e análise dos dados. Nos próximos capítulos será descrito como ocorreu de fato, tanto a coleta dos dados nas entrevistas semiestruturadas acrescidas dos dados sociodemográficos, como a análise de conteúdo referente à fala das mulheres.

Por fim, a discussão será apresentada de acordo com os achados da pesquisa. Em seguida, serão traçadas as considerações finais a respeito dos relatos das experiências marcadas pela dor, pelo medo, mas também destacando aspectos positivos presentes, como a importância do suporte humanizado da equipe, como um dos fatores determinantes para a qualidade da experiência de parto. O ambiente, as intervenções e a relação entre as mulheres e os profissionais influenciam diretamente a avaliação da experiência de parto, compondo um quadro de violência sutil existente no atendimento. Esta compreensão torna possível auxiliar a promoção de melhorias nestes serviços com base nas necessidades das próprias mulheres.

1. SOBRE MULHERES E PARTOS

Com o intuito de tecer uma breve contextualização sobre a relação das mulheres com a experiência do parto e a assistência destinada a este momento, ressaltamos a contribuição do campo da Antropologia (JORDAN, 1978; KITZINGER, 1978; ARNEY, 1982; MACCORMACK, 1982; DAVIS-FLOYD e SARGENT, 1997; SOUZA, 2005; PLATT, 2009; FIGUEIREDO et al, 2010).

Através das pesquisas advindas deste campo, foi construído valioso conhecimento acerca do parto, compreendendo este evento enquanto experiência vivenciada pela mulher e definida pelos aspectos determinantes e inseparáveis da fisiologia, psicologia e da cultura. A partir deste olhar, sabe-se que a série de atividades consideradas adequadas durante o parto são estabelecidas conforme a sociedade e a cultura local.

Assim, no tocante à questão da assistência ao parto, existem atitudes e comportamentos que são socialmente controlados e funcionam como rituais que refletem valores sociais específicos de cada cultura. Enquanto em algumas sociedades o parto é considerado e vivenciado como um drama, em outras é encarado como um processo comum e cotidiano. Sendo assim, a forma como uma mulher dá à luz e o tipo de cuidados que são ministrados à mãe e ao bebê nesse momento apontam diretamente para valores centrais dessa cultura.

De acordo com Kitzinger (1978), na maior parte das civilizações, as mulheres assumem o papel de dar proteção e apoio e ocupam o centro desta rede de pessoas que trabalham, sentem e atuam em conjunto para trazer ao mundo um novo membro da sociedade. Trata-se de uma contribuição social muito importante.

Antigamente, cabia às mulheres a responsabilidade de ajudar amigas, vizinhas ou parentes durante o trabalho de parto, exceto nas raras sociedades onde a mulher tinha seu bebê sozinha na floresta. Com isso, a figura da parteira, que atendia em domicílio, desempenhava importante papel, conduzindo a mãe e o bebê através do parto e dos primeiros dias subsequentes.

A parteira não se preocupava somente com o útero, mas com a mulher, como se esta fosse uma pessoa da sua família. Esta forma de assistência não se dava apenas através do conhecimento técnico do parto, mas principalmente através do contato com uma pessoa sensível às necessidades da mulher e que continha as aptidões necessárias para lhe dar apoio emocional ao longo desta experiência.

Enquanto a presença de mulheres na assistência ao parto permanecia soberana, a ideia de um homem participar neste evento íntimo e feminino era considerada perigosa e indecente. Contudo, foi por volta do século XVII, que os homens entraram na cena do parto reconhecidos devido suas habilidades cirúrgicas, estritamente masculinas, pois somente os homens podiam utilizar os instrumentos de cirurgia (ARNEY, 1982).

Dessa forma, a figura do homem começa a estar presente nos partos exercendo seu papel de interventor. Em 1616, Peter Chamberlen, criador do fórceps¹⁵, a fim de controlar certa guilda de parteiras e ser ele próprio a ensiná-las, foi alvo de críticas por somente fazer partos utilizando instrumentos “com uma violência extraordinária em ocasiões desesperadas” e “por não saber nada sobre o parto natural” (DONNISON, 1977 apud KITZINGER, 1978, p.97).

Foi então durante o séc. XIX que os médicos ganharam essa batalha e “a futura mãe tornou-se o *objeto* da obstetrícia” (KITZINGER, 1978, p.77). Na sociedade Ocidental, a cultura do patriarcado aliada ao processo de industrialização e fortalecimento do sistema capitalista, auxiliaram o interesse e o início do domínio masculino na assistência ao parto, entendido como controle sobre o corpo feminino (EDWARDS, 2005).

O campo da obstetrícia começa então a se delinear sob o domínio masculino. Para que este se concretizasse, era do interesse dos médicos limitar o poder das parteiras e restringir seus conhecimentos. E assim, o trabalho das parteiras ficou subordinado à obstetrícia.

Nota-se que, em geral, as atividades acerca do parto determinadas pela cultura, demonstram não só o papel ocupado pela mulher na sociedade, mas também a visão positiva ou negativa a respeito da sexualidade, o status do corpo e a relação com seu funcionamento fisiológico. Tratando-se de nossa sociedade, as atividades obstétricas podem ser consideradas como intervenções advindas da entrada do homem na cena do parto e revelam a presença da condição de subordinação da mulher através da atuação violenta e invasiva sobre seu corpo (MATTAR e DINIZ, 2012). O trecho em seguida demonstra tal fato:

A história do parto pode ser encarada como uma tentativa gradual por parte do homem no sentido de retirar o processo do nascimento às mulheres, apropriando-se dele ... Os homens colocaram as mulheres deitadas de costas

¹⁵ Instrumento cirúrgico em forma de tenaz para extrair fetos do útero. Fonte: BUENO, S. Minidicionário da língua portuguesa. 2º ed. São Paulo: FTD, 2007.

durante o trabalho de parto, depois conceberam instrumentos de metal para puxar o bebê, em seguida deixaram-nas sem sentidos com anestésias. E foram os homens que, ao longo da história, fizeram tudo isto em nome de salvar as mulheres do seu próprio corpo [...] (MIFFLIN, 1975 apud KITZINGER, 1978, p.76).

Além disso, passou a ser desconsiderado o fato de que o corpo é parte de uma pessoa, para quem a experiência do parto e do nascimento de um bebê detém um significado emocional fundamental (ARNEY, 1982).

Por vezes, tanto em tempos antigos como nos atuais, as intervenções obstétricas excessivas provocam malefícios e complicações ao processo do parto, à experiência da mulher e conseqüentemente à experiência do bebê. É o que podemos chamar de iatrogenias. Torna-se importante, com isso, atentar para a avaliação da necessidade na utilização das intervenções, compreendendo que o parto não deve mais ser considerado um evento patológico que precisa ser direcionado ou corrigido, como era visto pela obstetrícia moderna.

De acordo com as orientações atuais a respeito dessa assistência, deve-se respeitar o processo fisiológico e as necessidades das mulheres em trabalho de parto, somente intervindo quando houver necessidade, ou melhor, risco de complicações para mulher ou para o bebê (ENKIN, 2005). Como veremos adiante, hoje, a avaliação da necessidade de intervir, bem como qual intervenção utilizar, deve estar fundamentada em recentes evidências científicas.

Uma avaliação antropológica sobre as rotineiras intervenções no parto pode nos auxiliar a compreensão deste fenômeno, como vemos no trecho que se segue, retirado de um livro escrito e publicado na década de setenta do século XX, cujo conteúdo pode nos servir ainda hoje:

É evidente que uma parte do que acontece durante o parto é puramente instintivo e fisiológico. [...] o comportamento humano ignora muitas vezes alguns destes elementos biológicos, e frequentemente a cultura modifica-os de tal modo que as ações resultantes são inadequadas. Isto acontece tanto nas sociedades simples como nas evoluídas [...] quanto mais o parto for controlado por especialistas [...] maior será a probabilidade de que o comportamento da mãe seja afetado por fatores externos e sociais e não por fatores internos provenientes do seu próprio corpo. (KITZINGER, 1978, p.85)

Nesse sentido, entende-se que grande parte das complicações vivenciadas pelas mulheres no parto seja realmente fruto de interferências socioculturais e não da incapacidade ou de falhas inerentes ao corpo da mulher. Reforçando essa ideia, a

tecnologia atual permite-nos conhecer a íntima relação existente entre os fatores ambientais e a liberação hormonal, no caso, conhecer os efeitos do ambiente e das relações que se dão no processo fisiológico do trabalho de parto.

Atualmente, muitas mulheres encaram seus partos com sensações de repulsa, medos e preocupações e o tratamento hostil e violento é muitas vezes aceito como perfeitamente normal e que se espera ter em algumas clínicas e hospitais. O parto solitário e o sofrimento real que vivenciam se devem à submissão imposta pelo modelo intervencionista da obstetrícia que produz efeitos nefastos na experiência de vida integral das mulheres.

De acordo com Kitzinger (1978), uma consequência que está diretamente relacionada ao domínio masculino na atuação obstétrica para a experiência de parto das mulheres é a falta de confiança que vivenciam com relação a elas mesmas, à sua capacidade de parir um bebê saudável sem a ajuda de um médico. Por este motivo, muitas mulheres temem o processo do trabalho de parto.

Sentindo-se incapazes, as mulheres entregam ao domínio médico seus corpos e sua saúde. Esta atitude contribui para o desconhecimento de si mesmas, de seus corpos e faz com que vivenciem o parto não como uma experiência integrada ao resto de sua vida, mas de forma alheia ao processo (MARTIN, 2006). Nesse caso, o medo acompanha a experiência do que é desconhecido, quando somente o que se espera é a dor e que talvez, contando com a ajuda médica, ela não seja tão intensa (PEREIRA et al, 2011).

Considera-se importante destacar um aspecto de ordem psicoemocional comum e negativo a respeito de como as mulheres vivenciam o parto. O medo é a emoção mais comum nos relatos acerca das expectativas e experiências de parto de muitas mulheres (PICCININI, 2005). Comumente elas falam sobre o medo do desconhecido, o medo da dor, o medo de morrer, de que o bebê morra ou de que nasça com problemas. Enquanto essa emoção não for reconhecida e tratada de forma adequada e respeitosa pela equipe, permanecerá produzindo efeitos altamente nocivos às experiências da maioria das mulheres (PIRDEL e PIRDEL, 2009). O obstetra Grantly-Dick Read (1959) já no início do século XX apontou para a relação entre as dificuldades que surgiam no processo fisiológico do trabalho de parto, bem como a grande intensidade da dor e o medo e tensão vivenciados pelas mulheres.

A pesquisa, que tem como propósito investigar as experiências das mulheres no parto, parte de uma discussão atual em torno da importância de dar voz aos sujeitos

desprovidos dela, oprimidos pela conjuntura social vigente¹⁶, como no caso das mulheres (SPIVAK, 1988). Desta forma, a contribuição dos estudos feministas se destaca representando uma visão crítica a respeito da sociedade contemporânea e o papel de inferioridade e opressão atribuído às mulheres, bem como sua luta por igualdade de direitos.

Por este motivo, torna-se necessário tecer algumas considerações sobre o olhar feminista e sua contribuição atual na construção do conhecimento científico implicado com as transformações sociais.

¹⁶ Cf. Saffioti, H. I. B., 1976. A autora dá sua contribuição com uma visão feminista marxista do fenômeno e vincula a dominação masculina aos sistemas capitalista e racista. Vale dizer que aqui não concordamos com o papel de vítima em que a autora coloca as mulheres, mas apreciamos a discussão mais ampla sobre o sistema político-econômico na questão mencionada.

2. A LUTA FEMINISTA

O feminismo é um movimento social, filosófico e político que se opõe ao desrespeito e à opressão vivida por mulheres em qualquer parte do mundo. Considerando a sociedade ocidental, a realidade da desigualdade de gênero marca a micropolítica inerente às relações sociais dentro do modelo de sociedade patriarcal.

Mesmo após décadas de lutas assumidas pelo movimento feminista no mundo, *a mulher*, em visão essencialista, é vista como um ser que encarna o incontrolável e o inesperado, que precisa ser domado, características remetidas à imprevisibilidade da natureza. Já o homem, é visto como detentor do poder e da ordem da cultura, possuindo o corpo e a saúde perfeitos quando comparado à mulher.

O essencialismo revela, então, seu caráter estratégico ao afirmar uma natureza comum às mulheres, fixando estereótipos e impedindo o reconhecimento da variabilidade e sua expressão enquanto *voz*, reduzindo ao silêncio. E, na medida em que reduz esta voz ao silêncio, revela o jogo da dinâmica pelo poder, com fins políticos relacionados à representação e ao reconhecimento (MARIANO, 2009).

A partir do reconhecimento deste jogo de poder e da resistência à submissão imposta, o movimento feminista teve início ao final do século XIX, início do XX. Primeiramente na Europa e nos Estados Unidos, hoje, podemos dizer que se espalha por todo mundo.

Alguns autores definem a história do feminismo em três fases ou três *ondas* (FRASER, 2007). A primeira - fim do séc XIX, início do XX - priorizou o direito ao voto das mulheres. A segunda teria começado na década de sessenta até os anos oitenta e se preocupava principalmente com questões de igualdade e com o fim da discriminação, levando questões políticas ao entendimento da vida íntima e pessoal. A terceira onda surge como uma oposição às falhas da anterior, contra definições essencialistas e elitistas da feminilidade que acabaram sendo criadas durante a segunda onda e que enfatizavam demais as experiências das mulheres brancas de classe média-alta (ibid.).

Pode-se dizer que o feminismo alterou as perspectivas predominantes em diversas áreas da sociedade ocidental, que vão da cultura ao direito. As ativistas feministas fizeram campanhas pelos direitos legais das mulheres (direitos de contrato, direitos de propriedade, direitos ao voto), pelo direito da mulher à sua autonomia e à integridade de seu corpo, pelos direitos reprodutivos (incluindo o acesso à

contracepção e a cuidados pré-natais de qualidade), pela proteção de mulheres e garotas contra a violência doméstica, o assédio sexual e o estupro, pelos direitos trabalhistas, incluindo a licença-maternidade e salários iguais, e todas as outras formas de discriminação. Como vemos, estes direitos não existiam, mas foram conquistados através de lutas.

A história se deu desta forma, na medida em que o androcentrismo se configurou como padrão cultural dominante, como fonte de tais discriminações, pois é centrado na construção e manutenção do poder dos homens. Quando acrescido ainda da lógica econômica capitalista e do racismo, com o privilégio social do homem produtivo e branco (SAFFIOTI, 1976), as injustiças produzidas alcançam os mais variados âmbitos da vida social, tanto em nível público quanto privado (FRASER, 2001).

Com relação às diferentes formas de injustiça social apontadas, a teórica feminista Nancy Fraser, propõe um modelo teórico abrangente que permite compreender a conjuntura deste fenômeno, bem como possibilidades práticas de saná-lo.

Neste modelo, a classe social é apontada como situação pura da injustiça de distribuição; a sexualidade menosprezada, como situação pura da injustiça de não-reconhecimento; e gênero e “raça” como situações paradigmáticas de coletividades ambivalentes que acumulam os dois tipos de injustiças, diante das quais os sujeitos precisam lutar por representação, bem como por redistribuição e reconhecimento (ibid.).

Quanto ao significado do termo reconhecimento, envolve considerar uma pessoa como sujeito de direitos. Estes direitos são definidos como Direitos Humanos¹⁷, criados com a intenção de torná-los universais, sem privilégios de nenhuma ordem. Porém, vemos que a lógica da sociedade capitalista separa e diferencia estes sujeitos, mantendo a fronteira que diferencia os incluídos e excluídos da norma social orientada pelo capital.

Com isso, conforme aponta Fraser, compreender o quadro atual da injustiça social é algo complexo, pois questões econômicas se mesclam a questões culturais e políticas (FRASER, 2007). A base da justiça social seria então composta por um tripé: a redistribuição (Renda), o reconhecimento (Direitos) e a representação (Voz) (FRASER, 2001, 2002 e 2007).

¹⁷ Documento apresentado ao mundo pela Organização das Nações Unidas em 1948. Cf. em português: http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersoInternet.pdf

A luta das mulheres no Brasil se configura como o modelo de Fraser, na busca pela construção do tripé da justiça social – com ênfase no reconhecimento – ganhando força na década de 80 quando então se juntou ao movimento contrário à ditadura militar. Desde o início, buscou criar políticas que favorecessem os direitos das mulheres e derrubassem as desigualdades e injustiças existentes, principalmente nos âmbitos da saúde e sexualidade.

Vale destacar que o movimento feminista se tornou exemplo de uma postura crítica que desvela as relações de poder encobertas, produtoras de opressão e violência. Esta postura influenciou inclusive a Academia propondo uma epistemologia feminista e metodologias feministas. Hoje, as feministas contribuem de maneira efetiva em diversas áreas do conhecimento (SCOTT, 1988).

No campo da saúde da mulher, especialmente sobre a experiência do parto sob a perspectiva das próprias, a literatura, com forte influência feminista, revela a violência presente neste atendimento. Com a contribuição da visão crítica feminista deste fenômeno pudemos reconhecer o envolvimento de questões como a desigualdade de gênero, de classe e raça/etnia.

Sobre o conceito de gênero, utilizado em estudos no Brasil, tem como principal referência no trabalho da historiadora e feminista americana Joan Scott (1988). Esta autora define gênero como uma forma primária de significação das relações de poder, ou ainda, como um campo primário no qual ou através do qual o poder é articulado.

É importante pontuar que existe um consenso sobre as contribuições que a categoria gênero promove abrindo caminho para um novo paradigma no estudo das questões relativas às mulheres. Enquanto o paradigma do patriarcado impõe a existência de papéis sociais rígidos, condicionados culturalmente, baseados nas diferenças biológicas entre o homem e a mulher, a nova perspectiva de gênero considera ambos os aspectos sociais e biológicos na construção destes papéis. Tal discussão pode contribuir com o entendimento do cenário do atendimento e da experiência do parto, entendendo a construção da visão das mulheres sobre si mesmas e da visão dos profissionais de saúde sobre as mulheres.

A partir do entendimento da categoria de gênero, seguiremos para a discussão sobre a desigualdade de gênero e a violência contra as mulheres. A literatura relativa a este tema, no Brasil, começa a aparecer nos anos 80 como um dos principais focos dos estudos feministas.

A entrada da categoria *gênero* insere uma nova terminologia, o uso da expressão “violência de gênero” (SANTOS, IZUMINO, 1995). O emprego dessa expressão se deu a partir do ano de 1995 pelas autoras brasileiras Saffioti e Sueli Souza de Almeida (ibid). É necessário esclarecer que aqui o termo violência de gênero pode ser entendido como violência contra as mulheres¹⁸.

Nesta perspectiva, a filósofa Marilena Chauí (1985) afirma que a violência contra as mulheres é resultado de uma ideologia que define a condição feminina como inferior à condição masculina. Assim, essa diferença é transformada em uma relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, exploração e opressão. Isto se dá através de discursos masculinos construídos sobre a mulher, que incidem especificamente sobre seus corpos. A autora afirma que estes discursos são considerados uma “*fala* cuja condição de possibilidade é o *silêncio* das mulheres” (p.43).

Sobre esta questão, não poderia ser mais apropriada a seguinte citação com base na concepção de Chauí:

A ação violenta trata o ser dominado como “objeto” e não como “sujeito”, o qual é silenciado e se torna dependente e passivo. Nesse sentido, o ser dominado perde sua autonomia, ou seja, sua liberdade, entendida como “capacidade de autodeterminação para pensar, querer, sentir e agir” (SANTOS, IZUMINO, 1995, p.3).

Segundo Chauí, as mulheres são cúmplices da violência na medida em que a produzem e reproduzem. Contudo, a cumplicidade não se constitui como uma escolha ou vontade, pois a subjetividade feminina seria destituída de autonomia. Nesse ponto não há um consenso entre as feministas, e assim, Chauí se afasta da concepção de Saffioti que assume uma posição vitimista em relação à mulher. No presente trabalho tomamos a concepção de Chauí, e ainda, em consonância com este pensamento, consideramos a dinâmica do poder socioculturalmente produzida e produtora de desigualdades de gênero, segundo Scott.

Conforme as lutas feministas se fortaleciam no Brasil aliadas ao processo de redemocratização, teve início o desenho de um novo cenário. A promulgação de novas leis (Constituição de 1988) e a criação de novas instituições, como as delegacias da mulher, auxiliaram a ampliação dos direitos das mulheres. Neste mesmo período, o

¹⁸ Cf. TELES, M.A.; MELO, M., 2002, p. 18.

Brasil seguiu o movimento internacional, promovido especialmente pela ONU, de reconhecimento dos direitos das mulheres como direitos humanos. Essa perspectiva também influenciou o movimento feminista e suas pesquisas sobre a violência contra as mulheres ganharam uma preocupação com a garantia dos direitos humanos e “com o exercício de cidadania no âmbito das instituições públicas” (ibid, p.13).

É importante frisar que ao tratar a violência contra a mulher desta forma ampla, busca-se demonstrar a dinâmica social subjacente aos papéis de gênero que, por sua vez, delinearão as formas de relação no campo da saúde das mulheres e a atenção voltada para elas. Um tema também fundamental e que compõe o quadro mais amplo da desigualdade de gênero é a influência do poder do discurso médico sobre o corpo feminino (VIEIRA, 2003).

O momento do parto, por ser o cenário onde essas questões se evidenciam – sexualidade, corpo, dor, prazer, autonomia, poder, etc. – é propício para a análise dessa violência. Buscando definir ou mapear os termos utilizados, considera-se aqui a violência de gênero, em um sentido mais amplo, a violência institucional referida ao contexto do atendimento hospitalar, conceito ainda geral. Ambos vão dar forma a chamada violência obstétrica, focando o campo onde as intervenções médicas no parto podem se configurar como um ato violento.

3. O ATENDIMENTO AO PARTO NO BRASIL: CUIDADO OU VIOLÊNCIA?

Ao abordarmos a história do parto no Brasil (BRENES, 1991; NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005), vemos que a medicina se apropriou desse processo na medida em que assumiu o controle sobre o corpo das mulheres e as levou para parir nos hospitais, ainda que em condições precárias. Os avanços no entendimento do processo do parto são inegáveis, porém outro efeito decorrente desta história foi o excesso de ‘intervencionismos’ baseado na visão patológica do corpo feminino.

Hoje em dia, o cuidado oferecido no momento do parto permanece extremamente intervencionista. Apesar de evidências científicas indicarem os malefícios de algumas intervenções, como por exemplo, a episiotomia de rotina (OLIVEIRA e MIQUILINI, 2005; MATTAR *et al*, 2007; AMORIM *et al*, 2008; SANTOS e SHIMO, 2008; CARVALHO *et al*, 2010) estas continuam sendo comuns ao cotidiano do atendimento ao parto. Estas intervenções danosas ocorridas são consideradas, de acordo com as diretrizes da OMS (1996), como um fator de risco tanto para a mulher quanto para o bebê.

Através de pesquisas que enfatizam a fala das mulheres, sabe-se que muitas delas comumente vivenciam o parto com maus tratos e humilhação (GOMES *et al*, 2008). Tal circunstância, antes invisível, uma vez desvelada, demonstra uma realidade cotidiana cruel. Nos casos de morte materna (que alcança altos índices no Brasil), quando a maioria dos casos ocorre por causas evitáveis, vê-se a violação desses direitos e a marca extrema da violência.

O Programa de Humanização do SUS (2000), em especial do Pré-natal e Nascimento, pode ser considerado uma conquista, apesar das dificuldades encontradas em sua efetivação. Este programa apresenta políticas inovadoras de reconhecimento da autonomia e dos direitos humanos, baseadas nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde. Contudo, as mudanças práticas encontram dificuldades e resistências.

Cabe dizer que a humanização dos serviços de saúde se fez necessária na medida em que a técnica se sobrepôs aos cuidados, ou como aponta Nagahama e Santiago (2005) houve a desumanização dos serviços. No caso do parto, estes autores pontuam que sua institucionalização no Brasil se deu através de estratégias de implantação da hegemonia institucional sobre o corpo feminino. Estas estratégias se efetivam por meio das políticas de saúde e das práticas de atenção médica, onde se evidenciam a

hegemonia do saber médico, bem como a medicalização do corpo feminino (COSTA *et al.*, 2006).

De acordo com Vieira (2003), sobre a medicalização do corpo feminino, afirma que funciona como um dispositivo social que relaciona questões políticas aos cuidados individuais do corpo da mulher, normalizando, regulando e administrando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana.

Ao longo da história, mais precisamente no meio do séc. XIX, o discurso médico do campo da obstetrícia defendeu a hospitalização do parto e a criação de maternidades. Com isso, o parto deixou de ser um evento íntimo e feminino e passou a ser público e com a intervenção de outros atores em cena. Com estas mudanças, a mulher de sujeito, tornou-se objeto, de protagonista de seu parto tornou-se mera coadjuvante (BRENES, 1991).

Atualmente, os efeitos negativos desta história são percebidos no grande número de intervenções presentes na prática médica, como o alto índice de cesariana, por exemplo. Muitas dessas intervenções carecem de evidências científicas e podem provocar iatrogenias graves. Por este motivo, muitas delas não são recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, órgão fomentador e agregador de pesquisas em âmbito mundial.

Como exemplo, pode-se citar um procedimento considerado inadequado hoje em dia, a episiotomia de rotina (PREVIATTI e SOUZA, 2007; SANTOS e SHIMO, 2008; DINIZ e CHACHAM, 2006). Não há evidências científicas que apoiem o uso rotineiro da episiotomia, mas ao contrário, existem evidências claras de que este uso causa danos às mulheres (GOMES, 2010).

Esta intervenção médica no parto é comumente acompanhada por dor e violência e na medida em que permanece comum ao atendimento, revela a banalização da violência contra a mulher neste campo onde o corpo torna-se o local de exercício de poder (DINIZ, 2009a; MARTIN, 2006). A episiotomia, muitas vezes, é utilizada sem anestesia, como também a costura do tecido rompido, como também se observa casos em que a anestesia local não produz efeito eficaz. Além disso, o procedimento é feito sem aviso ou questionamento sobre a vontade da mulher e seu consentimento, fatores que não só fazem parte, mas são enfatizados no atendimento humanizado (ENKIN, 2005).

Como mostra um estudo recente (DINIZ, 2006), muitas vezes o corte é feito de forma grosseira, provocando por longo período de tempo transtornos na vida íntima e sexual da mulher. Estas consequências não podem ser deixadas de lado.

As diretrizes da OMS que orientam a atenção à mulher no parto e nascimento têm como pilar a Medicina Baseada em Evidências¹⁹. Maternidade Segura (1996) é o documento produzido por esta organização, onde constam as recomendações ao atendimento no parto de baixo risco. Este documento foi construído a partir de evidências científicas encontradas na avaliação da segurança e eficácia das intervenções comumente utilizadas no parto ressaltando a valorização e o respeito ao processo fisiológico.

Conforme explica Diniz (s/d), o movimento por práticas de saúde baseadas em evidências teve início na concepção de que todo conhecimento é enviesado e por isso deve-se controlar os vieses na sua produção. No campo da saúde perinatal, ainda segundo Diniz (id.):

(...) em países como o Brasil, quando falamos de “evidências científicas”, estamos nos referindo ao ideário da humanização das práticas, da participação dos usuários, do direito à escolha informada, à equidade, e à integridade corporal.²⁰

De fato existe um movimento amplo em direção a uma mudança de paradigma, onde o cuidado estaria centrado nas necessidades do sujeito e, no caso do parto, o cuidado seria baseado nas necessidades da parturiente. Porém, essa mudança ainda não ocorreu na maioria das instituições que atendem as mulheres em trabalho de parto, já que são priorizadas as necessidades dos profissionais e as da instituição em detrimento das mulheres.

De acordo com contribuições de alguns pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento como a medicina, a antropologia, psicologia, entre outras, discute-se a construção das práticas acerca do parto em diferentes locais e em diferentes culturas. Este entendimento é fortalecido pelas discussões propostas pela Medicina Baseada em Evidências, pela Sociologia Médica²¹ e pela Antropologia²² com relação aos modelos de atenção ao parto, aos contextos que os propiciam e aos efeitos produzidos na vida das mulheres e dos respectivos indicadores da saúde.

¹⁹ Cf. BASTOS *et al.*, 2007.

²⁰ Segundo a autora, em outras áreas do conhecimento essa definição pode diferir.

²¹ Cf. ARNEY, W.R.; BERGEN, B.J., 1984.

²² Cf. Sheila Kitzinger, Robbie Davis-Floyd e Arthur Kleinman.

É necessário dizer que o campo paradigmático no qual esta pesquisa se situa é o da interdisciplinaridade na área da saúde. Este paradigma leva em conta o contexto na construção do conhecimento e as condições de possibilidade para que este surja (BERGER e LUCKMANN, 1966) compreendendo a interface entre sujeito e processos sociais. Para isso é preciso contar com o viés interdisciplinar a fim de alcançar um olhar abrangente desta questão e compreender melhor o lugar da mulher nesta sociedade e como ela o percebe e vivencia.

4. A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES

A discussão focalizada na experiência das mulheres se aproxima da leitura da feminista italiana Rosi Braidotti (2000). Esta autora enfatiza a discrepância existente entre a representação cultural da mulher e sua experiência de vida, real. Experiência esta, complexa, que delinea suas identidades, variadas e únicas, e onde o corpo se apresenta como lugar de expressão de poder.

Braidotti (id) destaca a importância de se olhar, de se aproximar e falar das e para as ‘mulheres de carne e osso’, expressão que demonstra a preocupação em conhecer as experiências da vida cotidiana das mulheres. Segundo esta autora, as cientistas feministas a fim de contribuir para a mudança da condição desigual das mulheres no mundo, devem falar às mulheres reais, que vivenciam a desigualdade em sua vida cotidiana e se encontram, na maioria das vezes, distantes do discurso acadêmico. Este conhecimento, portanto, não as alcança, e por isso não pode contribuir para a transformação social. Faz-se mister, então, definir a quem se destina o conhecimento que está sendo produzido. Destina-se somente à elite acadêmica? Ou também às próprias participantes da pesquisa?

Outro ponto importante nesta discussão é a ênfase na voz das mulheres. Não somente deve-se falar das e para as ‘mulheres de carne e osso’, como também deve-se dar a chance de falarem e serem ouvidas nos seus próprios termos sobre suas próprias experiências cotidianas.

Essa voz, conforme a contribuição da teórica feminista Gayatri Spivak (1988) quando escreve “*Can the subaltern speak?*” é impedida pelo discurso dominante, dos países e povos econômica, política e culturalmente dominantes. De acordo com Spivak, a mulher subalterna fala da representação do outro, fala a partir da visão de quem domina²³. Portanto essas mulheres não falam por elas mesmas, mas através do discurso do outro que delinea o que fala, o que escuta, como representa a si mesmo e os outros. Sobre este fato, Spivak afirma que a mulher subalterna é um sujeito historicamente mutante, inevitavelmente condenado à incompreensão, a uma representação distorcida pelos próprios interesses daqueles que detêm o poder de representar (Spivak, 1988).

²³ No caso de sua obra, situada nos estudos pós-coloniais, quem domina é o colonizador, já que enfatiza a situação subalterna das mulheres do ‘terceiro mundo’.

Na esteira dessa discussão ressaltamos o conceito de experiência conforme propõem Arney e Bergen (1984).²⁴ Os autores do campo da sociologia e antropologia médica afirmam que o relato de experiência em primeira pessoa é capaz de contrabalançar a dinâmica do poder presente na relação médico-paciente. Nesse sentido enfatizam de forma crítica as condições deste jogo de poder ao mesmo tempo em que sugerem meios de equilibrá-lo. O principal meio, como já mencionado, seria a forma do paciente se colocar em outro papel e se apresentar ativamente, falando sobre sua experiência de vida, sobre seu sofrimento. Sendo assim, a fala sobre si, sobre sua experiência, marca a autonomia e o reconhecimento do sujeito desta ação. Como se vê, os termos autonomia, reconhecimento, sujeito e ação se destacam como fundamentais no contrabalanço das relações de poder.

Alguns estudos demonstram que a fala das mulheres no encontro com o médico no atendimento ao parto não é reconhecida ou é traduzida para o discurso dominante, ou seja, elas não são ouvidas. Em relação a um estudo na área da enfermagem (MIRANDA *et al*, 2008), a investigação das experiências de parto vaginal e cesárea na voz das mulheres revelou a prática dos procedimentos considerados intervencionistas e desnecessários. O estudo ainda apontou elementos que integram duas dimensões afetivo-psicológicas do parto, uma positiva e outra negativa, e uma terceira dimensão, a assistencial ou institucional. Na primeira e na segunda, os conteúdos revelam ambivalência de sentimentos e, na terceira, a hospitalização, que, conforme o estudo aponta, acaba produzindo a perda da autonomia da mulher.

Outro estudo realizado (FAÚNDES *et al*, 2004) sobre a opinião de médicos e pacientes em relação à preferência da via de parto apontou o contraste existente entre o que os médicos declaram perceber como sendo a opinião das mulheres e o que as próprias mulheres manifestam como suas preferências e motivos das mesmas. Os médicos relataram que as mulheres preferem o parto cesáreo, no entanto, as mulheres relataram a preferência pelo parto vaginal. De acordo com os autores deste estudo, os achados permitem concluir que a principal justificativa para o aumento na taxa de cesárea, ou, na visão dos médicos, o respeito do desejo das mulheres, não tem sustentação nos fatos.

²⁴ Este autor comenta na obra citada sobre a vigilância e o controle que permanecem, mas de forma diferente, nesta ação de falar sobre si, de levar detalhes da vida cotidiana que antes não faziam parte do cenário da consulta médica. De fato, é prudente atentar para os efeitos das práticas de saúde, quaisquer que sejam. Com essa perspectiva, outro autor afirma sobre o fenômeno da medicalização: transforma aspectos comuns da vida cotidiana em objetos de controle da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais (MILES, 1991 apud NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005)

Não se pode deixar de mencionar que a exaltação e a hegemonia do médico como o profissional responsável por ordenar e normalizar o corpo feminino não é recente (SHORTER, 1997). Essa configuração foi construída passo a passo e está profundamente entrelaçada com a construção da medicina como área de saber científico.

Mesmo antes de dominar técnicas como o fórceps e a cesariana com sucesso para a mulher e a criança durante o parto, a obstetrícia proclama a sua exclusividade desde 1840 (BRENES, 1991). E hoje, se pode dizer que ainda são os profissionais, com destaque para figura do médico, que têm o poder de decidir sobre o que deve ou não ser feito, reafirmando a situação de subordinação, vivida pela mulher, materializada no controle e vigilância do corpo feminino.

Nesta perspectiva, o impacto do modelo intervencionista na experiência de parto das mulheres é notável, onde a organização dos serviços de maternidade privadas e públicas é um fator que influencia diretamente na qualidade do cuidado obstétrico (DINIZ e CHACHAM, 2006).

O Brasil apresenta indicadores que revelam esta prática intervencionista a despeito das Políticas de Humanização baseadas em orientações da OMS (1996) que enfatizam a intervenção mínima, compatível com a segurança, conforme o paradigma a ser seguido no caso do parto normal de baixo risco. Conforme estas orientações, durante o parto e o nascimento deve haver um motivo válido para interferir no processo natural-fisiológico, motivo este ligado a complicações da mulher ou da criança. Para que seja possível uma mudança no uso dos procedimentos obstétricos invasivos, faz-se necessária uma mudança na compreensão do corpo da mulher, bem como nos estereótipos de gênero que definem a dinâmica das relações (op.cit. 2006).

Destaca-se a contribuição de outro estudo (DOMINGUES *et al*, 2004), na área médica, que tinha o objetivo de investigar a satisfação das mulheres na assistência ao parto. Constatou-se que a visão médica separa a gravidez do restante da experiência de vida da mulher, tratando-a como episódio médico isolado. Com isto, os significados que as mulheres atribuem às suas experiências neste momento da vida são ignorados e seus sentimentos e sua satisfação com o cuidado são considerados menos importantes. Este estudo confirma a importância da investigação centrada na experiência das mulheres no parto a fim de conhecê-las de forma direta, considerando que esta produz implicações em longo prazo na saúde das mulheres e dos bebês (LARKIN, BEGLEY e DEVANE, 2012).

Esta confirmação também encontra base no conhecimento da Psicologia sobre a experiência do parto, que é considerado “por si só, um evento de significância psicológica incontestável, e não apenas o meio pelo qual homens e mulheres se tornam pais” (FISER, ATSBURY e SMITH, 1997 apud PICCININI, 2005, p.1)²⁵. O potencial para causar benefícios ou danos psicológicos está, dessa forma, presente em cada parto.

De acordo com o campo da Psicologia Pré e Perinatal o momento do parto é decisivo em vários aspectos da vida e na saúde física e mental tanto do bebê como da mãe (LUZES, 2007). A vivência do parto marca uma grande mudança corporal na mulher e, além disso, uma reconfiguração de todos os papéis e relações que tem na vida. Por este motivo, a psicologia o considera como um momento de crise, na medida em que é potencialmente um momento de profundas transformações (MALDONADO, 1991).

Portanto, existem fatores fundamentais envolvidos no processo que vão além da saúde e da integridade física da mãe e do bebê. Por exemplo, qualquer perturbação na relação entre a gestante e o profissional pode exacerbar sentimentos negativos e sensações dolorosas, levando em conta a extrema sensibilidade que as mulheres apresentam neste momento (PICCININI, 2005). Para o profissional de saúde presente, considerando sua rotina de trabalho, está acontecendo ‘mais um parto’, já para a mulher tem um significado especialmente particular de acordo com sua história de vida, um momento que une em igual importância os aspectos fisiológicos, emocionais e sócio-culturais.

Por tudo o que foi exposto, a importância de investigar a experiência da mulher no parto se destaca. Primeiramente, considerando sua posição (embora em transformação) ainda de submissão na cultura, principalmente as mulheres pobres e negras (LEAL, GAMA e CUNHA, 2005).

Neste ponto, retornamos ao conceito de experiência de Arney e Bergen (1984) apresentado anteriormente. Segundo esses autores, na dinâmica da relação entre médico e paciente, o sujeito que tem a chance de falar sobre si, sobre suas experiências, em seus

²⁵ Com relação a este entendimento veja algumas obras: PAMPLONA, V. Mulher, parto e psicodrama. São Paulo: ED. Ágora, 1990. MALDONADO, M.T. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. Petrópolis: Vozes, 1991. SOIFER, R. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. Tradução de Ilka Valle Carvalho. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. LANGER, M. Maternidade e sexo. Folberg, M.N (Tradução). 2ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. SZEJER, M; STEWART, R. Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. Tradução de Maria Nurymar Brandão Benetti. São Paulo: Casa do psicólogo, 1997; GUTMAN, L. A Maternidade e o encontro com a própria sombra. Tradução Luís Carlos Cabral. Rio de Janeiro: BestSeller, 2010.

próprios termos recupera sua autonomia. Uma vez que recupera sua voz torna-se possível resgatar seu lugar de sujeito.

A experiência, como objeto desta pesquisa, tem o status de evidência e é valorizada na discussão feminista, na medida em que permite acessar os dados no processo de construção da vida cotidiana e não unicamente com base em métodos e teorias androcêntricas que orientam a ciência. Sobre esta discussão Joan Scott (1991) contribui atentando para a importância da experiência como meio de acesso a realidade e de construção do conhecimento.

A partir deste traçado vê-se a importância de falar sobre e de conhecer a experiência das mulheres no parto, enfatizando suas próprias perspectivas. Tendo a experiência como meio de construção do conhecimento, torna-se possível promover o empoderamento dessas mulheres dando-lhes voz. Espera-se auxiliar a compreensão de suas experiências e com isso contribuir com a transformação da realidade preocupante do atendimento ao parto no Brasil.

Na tentativa de oferecer medidas que buscam por uma atenção mais cuidadosa, o capítulo seguinte aborda perspectivas de autores que se especializam em modalidades de assistência à mulher que acompanham a fisiologia do parto e se confrontam com uma rotina de intervenções desnecessárias.

5. NOVAS PERSPECTIVAS

Ao abordar alternativas de modelos de atendimento ao parto enfatizamos a contribuição pioneira e contemporânea do obstetra francês Michel Odent que permite um diálogo com a abordagem Orgonômica que será apresentada. Com isso não tentamos anular outras contribuições importantes de autores que já foram citados como parte da história da mudança das concepções acerca do parto. O pioneirismo de Odent advém do seu trabalho realizado na década de 70 em uma maternidade na França, em Pithiviers. Seu trabalho foi e ainda é reconhecido por muitos médicos, enfermeiros, parteiras, feministas, inclusive por Emily Martin (2006)²⁶.

Com o entendimento sobre a fisiologia, Odent (2004) enfatiza as necessidades da mulher em trabalho de parto. O autor afirma que, de acordo com pesquisas atuais, graças à tecnologia hoje disponível, é possível saber quais são os hormônios que estão presentes ‘fluindo’ ao longo do trabalho de parto, parto e nascimento. A ocitocina foi descoberta como hormônio principal no processo do parto. Longe de propor um olhar reducionista, trazemos esse conhecimento a fim de cercarmos a questão do que acreditamos ser importante nesta pesquisa.

Entende-se, de acordo com uma visão sistêmica e complexa da experiência humana, que o funcionamento do sistema nervoso autônomo - como na liberação hormonal – reflete a relação íntima entre os fatores biológicos, psíquicos, ambientais e mesmo socioculturais (REICH, 2004).

A partir deste entendimento, sabe-se que o excesso de intervenções médicas no parto afeta todas as esferas citadas na experiência humana e produz, como efeito negativo, uma cascata de eventos iatrogênicos culminando na necessidade de mais intervenções. Vimos que as gestantes de baixo risco são comumente atendidas com os mesmos procedimentos das consideradas de alto risco, ou seja, o parto é visto como uma patologia que necessita ser controlada.

Dessa forma, estas gestantes costumam receber intervenções rotineiras como, restrição de dieta, soro, indução, etc.; alguns destes são procedimentos necessários somente no parto cirúrgico. A indução de rotina, por exemplo, provoca

²⁶ Apesar dessa autora (MARTIN, 2006) reconhecer como “extraordinário” o trabalho de Odent com as mulheres, ela o critica por tentar naturalizar a mulher com o discurso sobre a “mamiferização” do parto, o que seria um retrocesso para as lutas feministas.

desnecessariamente dores mais intensas, o que faz com que as mulheres sintam-se desanimadas, e muitas vezes fracas e incapazes para aguentar todo o processo.

Outra forma de intervir prejudicialmente se dá pela repreensão das diferentes formas de expressão apresentada pelas mulheres, como gritos, expressões de dor - muitas vezes pelo impedimento da presença de alguém de sua confiança e escolha - questionamentos e dúvidas sobre o processo, etc.

Na medida em que a mulher se sente ameaçada, constrangida e com medo, seus hormônios se alteram devido à situação de estresse, o que dificulta o processo fisiológico do parto. Tal fenômeno ocorre devido às condições ambientais necessárias à liberação de ocitocina, hormônio determinante no processo do parto que tem ação antagonista aos hormônios do estresse, que agem como 'bloqueadores' de ocitocina.

A ocitocina é conhecida também como o hormônio do amor (ODENT, 2001), pois está presente em situações de prazer como o apaixonamento, a relação sexual, o relaxamento, etc. Portanto, em situações estressantes este hormônio tem sua liberação e função comprometidas, o que interfere diretamente e negativamente no processo do parto. Este conhecimento influenciou a construção das diretrizes da OMS (1996) para o atendimento ao parto de baixo risco, bem como a questão da ambiência na sala de parto.

Neste sentido, os procedimentos comuns ao atendimento no parto que fazem com que a mulher sinta medo, dor e experimente um sentimento de incapacidade alteram não somente a fisiologia do parto (PEREIRA et al, 2011). Mas, a própria experiência das mulheres neste momento é influenciada negativamente, produzindo marcas psíquicas dolorosas e em alguns casos, traumas, aspectos que vão afetar seriamente sua saúde e história de vida posterior.

Assim, a partir do ponto de vista fisiológico, sabe-se hoje que o ambiente tem papel fundamental no processo do parto. Podemos afirmar que essa é a grande contribuição de Michel Odent (2002, 2004, 2009).

E como deve ser o ambiente propício para o parto normal? O autor pontua que deve ser silencioso, sob penumbra, com temperatura agradável e com o mínimo de acompanhantes possível escolhidos pela mulher (ODENT, 2001). Essas características devem permitir que ela se sinta segura, livre de ameaças, livre para se movimentar, comer ou beber, que não se sinta julgada e observada, e ainda, que não receba muitos estímulos que excitam o neocórtex cerebral²⁷, como a luz, ou a linguagem. O papel do

²⁷ Região do cérebro altamente desenvolvida no homo sapiens e que permite avanços como a socialização e a linguagem sofisticada; é estimulado pela luz forte, pela conversa, etc.

profissional seria o de manter o ambiente seguro e adequado para que a mulher possa vivenciar esse momento sem preocupações.

Nestas condições, Odent (2009) afirma, enquanto obstetra que respeita as necessidades da mulher no parto, que elas podem inclusive ter uma experiência prazerosa. Com isso ele aponta a questão da intensidade da dor e do sofrimento na experiência do parto estar sob forte influência dos determinantes culturais e ambientais que definem o modo de viver esta experiência.

É fácil perceber o quão distante a prática de atenção ao parto no Brasil se encontra dessas orientações. O ambiente predominante é o hospitalar, com temperaturas baixas, com luz forte, diversas pessoas presentes em uma situação em que a mulher se encontra no papel de ‘paciente’. É comum que não possam ter quem escolhem ao seu lado, que passem por procedimentos de rotina desconhecidos, cercadas de ferramentas metálicas, toucas, aventais, tudo para que o parto seja “seguro”. Neste cenário descrito, a mulher sairá desta experiência certamente marcada pela dor e por um corte, seja por cima, no caso da cesariana, seja por baixo, no caso da episiotomia (DINIZ, 2006; PIRDEL e PIRDEL, 2009).

De acordo com contribuições, como a de Odent, este ambiente se configura como o extremo oposto do que seria adequado. Comumente o atendimento repleto de intervenções tecnológicas é visto como o melhor que se pode ter. Em casos patológicos, de vida ou morte, isto é verdade, mas o parto, apesar de sua constituição histórica marcada pelo entendimento patológico do campo obstétrico, não é doença, mas um evento que faz parte da vida sexual de mulheres que escolheram ser mães.

Mais uma vez, conforme o conhecimento trazido por Odent sobre o ambiente onde de fato as mulheres dão a luz, não surpreende que elas realmente precisem ser salvas, seja pela cesariana ou por intervenções mais duras²⁸ (ODENT, 2004). Essas são as iatrogenias causadas pelo excesso de intervenção e pelo desrespeito ao ambiente adequado à qualidade desta experiência. O medo, a insegurança e a violência presentes no momento do parto, alteram seu processo fisiológico (OMS, 1996).

Considerando os efeitos negativos dessa vivência para os bebês, Odent denomina “*Gentle Birth*” (Nascimento Gentil) o parto cujos fatores ambientais sejam respeitados, bem como, não podemos deixar de dizer, a liberdade e o empoderamento da mulher sejam considerados prioridade. Como consequência, a mulher se encontraria em

²⁸ Como a episiotomia, por exemplo, que algumas vezes, conforme relatos é feita sem analgesia (PREVIATTI e SOUZA, 2007).

melhores condições para se relacionar com o bebê, estaria mais disponível afetivamente para este encontro.

Os partos em que a mulher exerceu seu poder de decisão, obteve liberdade para fazer o que quisesse e teve quem queria por perto, são relatados com grande satisfação, inclusive como produtores de auto-estima. É o que se vê principalmente no caso da literatura sobre partos domiciliares (EDWARDS, 2005).

Outra fonte de experiências positivas de parto se encontra em pesquisas sobre modelos de Casas de Parto. As práticas de atenção ao parto nestes locais têm como característica marcante a preservação da integridade física e emocional das mulheres. Essa perspectiva supera a pretensão de corrigir o processo do parto e o compreende como um objeto complexo que se desenvolve de acordo com sua própria dinâmica fisiológica, não relacionado à doença alguma. É um modelo de atenção que valoriza o ensino, a pesquisa e a provisão de cuidados guiados pelo conceito de parto como um processo fisiológico e sócio-cultural²⁹. (RIESCO *et al*, 2009).

Os Centros de Parto Normal (CPN) foram regulamentados na rede SUS em 1999, como estratégia para reduzir a mortalidade materna e perinatal. Oferecem uma assistência humanizada e com baixo nível de intervenção. Sendo assim, embora ainda haja poucos CPNs, espera-se que possam contribuir com a melhoria do atendimento ao parto normal com o acolhimento de gestantes de baixo risco (CAMPOS e LANA, 2007).

Segundo as orientações da OMS (1996), com este modelo de atendimento é possível evitar as iatrogenias decorrentes de uma prática intervencionista, que trata todas as gestações e partos como se fossem de risco aplicando este protocolo de atendimento a todas as mulheres.

É importante dizer que os CPNs crescem no mundo todo como modalidade de atendimento centrada na mulher, favorecendo práticas que facilitam assumir o papel de sujeito ativo no processo de parturição. Já existem muitas evidências no mundo, contudo no Brasil é um modelo inovador (ibid; MACHADO e PRAÇA, 2006).

Atualmente, encontramos projetos de ações no sentido de uma mudança mais efetiva no cenário do atendimento ao parto no Brasil em um futuro próximo. É o que se espera do Projeto Cegonha³⁰ (MS, 2011) apresentado pela atual presidente Dilma Rousseff. Este projeto propõe a melhoria da assistência ao parto normal através do

²⁹ Cf. BALASKAS, 1993; ENKIN, 2005.

³⁰ Cf. http://www.ccr.org.br/uploads/arquivo/portaria_rede_cegonha.PDF

melhor acesso e qualidade dos serviços. Prevê ainda a implantação de CPNs para o atendimento de gestantes de baixo risco – já que as de alto risco requerem formas diferenciadas de atenção e intervenção. Cabe-nos pesquisar e analisar futuramente os resultados deste projeto para seguirmos com esta discussão.

Contribuindo com a divulgação das evidências, a antropóloga, Robbie Davis-Floyd apresenta em seu livro *Birth Models that work* (2009) uma série de exemplos de transformações dos modelos de atendimento ao parto pelo mundo que foram bem sucedidos, inclusive no Brasil³¹. Estes dados apontam para a real necessidade e para a real possibilidade de concretização das mudanças nos modelos de parto em várias regiões e em culturas diversas do globo.

5.1 UMA CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA

No campo da psicologia existem muitas linhas teóricas que pretendem lançar luz ao entendimento da constituição dos sujeitos e da dinâmica de suas relações. Neste trabalho será apresentada uma abordagem baseada no materialismo dialético³² e na psicanálise. A partir desta base propõe uma visão de reciprocidade entre a construção da sociedade e seus sistemas predominantes e o sujeito. Com esta compreensão, consideramos importante o conhecimento do contexto sócio-histórico e a história de vida do sujeito.

Vale ressaltar que, de acordo com esta perspectiva, o corpo, as sensações e os sentimentos são considerados fundamentais na experiência de ser no mundo. Refiro-me à Orgonomia, criada pelo psiquiatra e psicanalista Wilhelm Reich³³ no século XX.

O pensamento Reichiano tem início na psicanálise, portanto o desenvolvimento psicosssexual do homem é definido com base nos achados Freudianos. Porém, Reich se ateve a questão da energia psíquica, denominada por Freud de libido. A partir de sua prática clínica, pesquisou avidamente e descreveu manifestações desta energia que posteriormente chamaria de orgone.

De acordo com este conhecimento, o desenvolvimento psicosssexual se dá sob o caráter repressor da educação, característico de nossa sociedade e provoca o

³¹ Ver também DAVIS-FLOYD, 2007.

³² Tomamos aqui a concepção de Marx e Engels. Cf. HAHN, E. KOSING, 1983. Ver também REICH, 1977.

³³ Para maiores informações sobre a Orgonomia ver as obras de Reich, em especial Cf. REICH, W. Psicologia de massas do fascismo. São Paulo: Martins Fontes, 1988. Onde aborda com mais detalhes a relação dialética entre o sujeito e a sociedade.

impedimento de sensações, sentimentos, etc. A partir da visão de que mente e corpo formam uma unidade funcional, esse impedimento, que produz angústia e sofrimento em diferentes níveis, se expressará em ambos. Assim, formado um padrão de comportamento defensivo rígido, a couraça é produzida. A técnica terapêutica criada por Reich a partir dessas observações é a análise do caráter.

Desta forma, a análise do caráter provoca uma liberação da energia estagnada por conta das inibições, tanto no corpo quanto no caráter. Segundo Reich, em seu livro *A Função do Orgasmo* (2004), o impedimento do fluxo energético e a incapacidade de descarga, promovem uma estase energética que alimenta e mantém o estado neurótico.

Nesse sentido, a técnica visa promover o livre fluxo e descarga da energia, necessária a saúde global do indivíduo. O livre fluxo de carga e descarga energética está relacionado à capacidade de experimentar um prazer sexual total no orgasmo e de se render sem inibições às sensações corporais.

Este entendimento pode ser aplicado ao momento do parto, quando a capacidade de pulsação, livre fluxo e descarga da energia são notavelmente benéficos a este processo fisiológico. Além, é claro, de trazer benefícios ao próprio bebê em um momento crítico, vital para seu bom desenvolvimento futuro e prevenção de encorajamento precoce (ODENT, 2001; JONES, 2007).

O início da vida para a Orgonomia, em sua visão holística, tem grande importância para contribuição do potencial de desenvolvimento futuro do sujeito. Peter Jones, um orgonomista britânico e parteiro por mais de 20 anos no Sistema de Saúde da Inglaterra, o National Health Service (NHS), contribui ativamente hoje em dia com este conhecimento aplicado à compreensão da gestação e do parto. A partir de seus estudos e prática profissional, propõe um modelo de atenção ao parto centrado nas necessidades das mulheres, de simples aplicação e em acordo com as recomendações da OMS (1996).

Apropriando-nos da afirmação de Davis-Floyd (2001), este seria um modelo ideal de atenção ao parto, já que propõe a junção da tecnologia, da relação humanizada e da visão holística do ser humano:

Se nós pudéssemos aplicar apropriadamente a tecnologia em combinação com os valores do humanismo e a abertura espontânea à individualidade e energia defendidas pelo holismo, poderíamos de fato criar o melhor sistema obstétrico que o mundo jamais viu (ibid, p.18).

Sobre o trabalho com base na Orgonomia, Peter Jones (2007) aponta que seu uso no parto “é uma forma natural e não invasiva de apoio às mulheres em trabalho de parto, como primeiros socorros para quando as coisas ameaçam dar errado e como um caminho de auxílio anterior, na preparação de mulheres para um bom parto”. (ibid, p.29).

O ponto central deste trabalho com as mulheres, gestantes e parturientes, remete ao desconhecimento e à falta de interesse nas causas individuais das dificuldades que estas encontram durante a gravidez ou no parto. Geralmente, para a equipe de saúde, estas dificuldades parecem casuais, ou são vistas como falta de sorte de algumas mulheres, ou ainda, foram de certa forma detectadas e nada se fez a respeito.

A possibilidade de identificar algumas destas influências negativas na mulher e ajudá-la a se preparar impedindo seus efeitos no curso do parto é uma contribuição valiosa que este conhecimento permite. Uma importante questão que pode ser respondida a partir deste olhar, por exemplo, é porque o colo do útero de uma mulher se recusa a abrir no parto?

Conforme afirma Peter Jones (2007), muitas dificuldades vividas pelas mulheres no parto são de origem psicossomática, ou em outras palavras, são construídas ao longo da vida em sua fisiologia. Assim ocorre a formação das couraças³⁴, que interferem grosseiramente na capacidade de dar à luz.

O que é pontuado por este autor é o fato do conhecimento teórico da orgonomia não ser necessário para se obter qualquer benefício dela. Sua simplicidade está na possibilidade de que qualquer pessoa que seja capaz de identificar, de entrar em contato com suas sensações corporais em uma linguagem simples e direta, pode se beneficiar na preparação para o parto normal ou no apoio no momento do parto (JONES, 1997).

Através da respiração profunda, do ambiente propício, do respeito por parte dos profissionais e de um olhar com base no entendimento das couraças, podemos auxiliar as mulheres neste processo. Aqui, entende-se por parto normal, aquele com menos intervenção possível e no qual a mulher tem consciência, ou melhor, tem profundo contato com seu corpo e está livre para se movimentar e expressar suas emoções e vontades (JONES, 2007).

³⁴ Termo criado por Reich para designar bloqueios psicocorporais que estruturam o caráter.

Como se vê esta visão se aproxima das práticas das Casas de Parto na atenção que valoriza e respeita a autonomia das mulheres, sua experiência de parto e o processo fisiológico, emocional e sócio-cultural que o configura.

As contribuições, já mencionadas, de Michel Odent aqui serão acrescidas do conhecimento da Orgonomia, na medida em que este oferece uma contribuição à explicação sobre porque algumas mulheres, ainda que tenham o ambiente ideal, não conseguem a dilatação necessária para a passagem do bebê, por exemplo. Tais fenômenos podem ser compreendidos através do entendimento das couraças³⁵ (JONES, 1997).

Enfatiza-se que um olhar individual a cada mulher, sob a perspectiva da prevenção e promoção de saúde torna-se o indicado pelos autores consultados sendo imprescindível para uma boa assistência.

Até este momento, a fundamentação teórica desta dissertação buscou reunir contribuições de autores e reflexões sobre normas da Organização Mundial de Saúde, Políticas de Humanização do Parto e Nascimento e experiências das mulheres em relação à vivência do parto, com referências à literatura relacionada com a violência vivenciada. Aliadas a esse levantamento, foram trazidas algumas contribuições que apontam para uma atenção menos invasiva e mais respeitosa às condições das mulheres. No próximo capítulo, na Metodologia, as mulheres serão ouvidas. Como foi sua experiência de parto?

³⁵ Cf. REICH, W. *Análise do caráter*, São Paulo: Martins Fontes, 1989.

6. METODOLOGIA DA PESQUISA: Investigando as experiências de parto na voz das mulheres

Esta pesquisa se baseia na abordagem qualitativa que busca a compreensão dos significados atribuídos aos fenômenos pelos sujeitos. Considera-se aqui, a constituição sócio-histórica dos sujeitos da pesquisa, da própria pesquisadora, bem como do conhecimento a ser produzido, que tem como base a relação dialética entre sujeito e sociedade. Estas considerações se opõem à neutralidade e ao estatuto de verdade da construção do conhecimento científico, reconhecendo suas limitações e caráter temporário (MINAYO, 2000).

De acordo com Minayo (2001), os estudos na área da saúde devem usar as metodologias qualitativas para captar o “significado e a intencionalidade” inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Tal abordagem corresponde adequadamente à investigação aqui proposta.

Enfatizando a fala das próprias mulheres, pode-se auxiliar o resgate de sua autonomia e voz levando reconhecimento às suas vivências, uma vez que isto é impedido pelo poder do discurso médico considerado como dominante na configuração da experiência de gestar e parir.

O trabalho de campo foi realizado na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, local onde são formados muitos profissionais de saúde que serão responsáveis pelo atendimento à mulher no parto. A Maternidade Escola da UFRJ possui uma área clínica e de medicina fetal, possui também projetos nas áreas de perinatologia, assistência intensiva ao neonato, genética pré-natal e desenvolvimento de técnicas de ensino de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da criança.

Alguns cursos estão atrelados a essa instituição, através de estágios e internatos, como o de graduação em psicologia, medicina, enfermagem, nutrição, serviço social, fonoaudiologia, bem como cursos de pós-graduação (BRASIL, MEC, 2004 apud SOARES, 2005). O acompanhamento no pré-natal é feito por uma equipe de médicos e residentes, havendo ainda o trabalho de musicoterapeutas, psicólogas, nutricionistas e assistentes sociais.

Para a realização do trabalho de campo, esta pesquisa contou com:

- Entrevistas semiestruturadas para coleta de dados (Apêndice I)
- Análise de Conteúdo do material das entrevistas

Os sujeitos da pesquisa foram:

- Mulheres adultas com faixa etária entre 20 e 40 anos, primíparas, com gestações de baixo risco e que entraram em trabalho de parto.

A necessidade deste último critério, sobre o trabalho de parto, surgiu a partir do contato com o campo, quando percebemos que este dado era fundamental para a avaliação da experiência de parto de mulheres de baixo risco. Somente o início do trabalho de parto foi considerado, pois em muitos casos de mulheres internadas na maternidade nos dias em que a pesquisa foi realizada, ocorreu a cirurgia cesariana, caracterizando uma intervenção obstétrica importante e controversa quanto à avaliação de sua necessidade.

Dessa forma, busca-se contribuir através do conhecimento da perspectiva das mulheres, com a construção de uma visão crítica na formação dos profissionais de saúde no atendimento ao parto de baixo risco. Tal definição merece destaque já que a Maternidade Escola é uma instituição de referência no atendimento de alto risco, embora ofereça atendimento aos partos de baixo risco. A classificação destes grupos, de baixo risco e alto risco, define o modo de atendimento que é fundamentalmente diferente.

Para construir este conhecimento, com ênfase sobre a fala das mulheres em relação às suas experiências de parto, o instrumento de coleta de dados utilizado foi um roteiro de entrevista semiestruturado com seis questões abertas que foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

Após a realização das entrevistas, teve início o processo de análise de conteúdo (BARDIN, 1977), a fim de conhecer o que elas dizem, como dizem e porque dizem desta forma.

Vale dizer que na metodologia qualitativa a entrevista não apresenta rigidez e a flexibilidade é fundamental para a apreensão do ponto de vista dos sujeitos, não significando ausência de rigor metodológico. O potencial revelador da fala das mulheres é um instrumento valioso para a coleta de informações, uma vez que pode demonstrar o que pensam e sentem sobre suas experiências de parto.

Buscou-se identificar os temas que as entrevistadas manifestaram como relevantes. Foram levados em conta, no momento da coleta, os elementos não verbais manifestados pelas entrevistadas, como expressões e tons de voz que auxiliaram a compreensão de suas falas.

É importante dizer que a entrada da pesquisadora na instituição foi marcada por algumas dificuldades, especialmente quanto à submissão do Projeto de Pesquisa à

Plataforma Brasil. Após a pesquisa ter sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola, foram solicitados esclarecimentos com relação ao projeto, o que retardou o início do trabalho de campo.

Tais fatos provocaram a necessidade de alterações na metodologia da pesquisa prevista no Projeto, como a retirada da observação participante, da entrevista sobre as expectativas das gestantes em relação ao parto, bem a redução do número de mulheres entrevistadas. Com o tempo reduzido, a pesquisa seguiu com características de um estudo exploratório, sugerindo futuras investigações mais detalhadas sobre o tema apontado.

Contudo, superados os obstáculos, a pesquisadora foi recebida com apoio e pôde contar com grande ajuda de uma psicóloga da instituição, para a identificação dos sujeitos da pesquisa. As mulheres foram escolhidas conforme critérios de inclusão que definiram um perfil determinado: faixa etária (entre 20 e 40 anos), gestação de baixo risco, primiparidade e início de trabalho de parto.

6.1 COLETA DE DADOS

Percorremos todas as enfermarias pós-parto do terceiro andar da maternidade e nos aproximamos somente das mulheres que estavam acordadas, respeitando àquelas que descansavam. Em algumas enfermarias havia outros profissionais, enfermeiros ou médicos, visitando as mulheres, seja para saber de seu estado como para ensinar a dar banho nos bebês, como também havia mulheres voluntárias auxiliando com a amamentação e apoio emocional.

Por este motivo, foi necessário aguardar e retornar às enfermarias algumas vezes para que fosse possível conversar com as mulheres sem causar inconvenientes ao trabalho rotineiro de outros profissionais da maternidade.

Abordamos as mulheres em seus leitos de forma gentil, apresentando-nos e contando sobre a pesquisa, seu método e objetivo, bem como questionávamos se desejavam participar. Neste momento perguntávamos às próprias mulheres sobre sua idade, tipo de parto, número de filhos e condição de saúde durante a gestação. Dessa forma, fizemos uma pré-seleção e já pudemos contar com a confirmação do interesse em participar desta pesquisa.

O segundo passo foi consultar os prontuários em busca de informações sobre as gestantes. A psicóloga da instituição que me acompanhou sabia onde encontrar as

informações procuradas, conforme os critérios de inclusão estabelecidos, e por isso a busca neste documento foi bastante facilitada. Neste segundo passo alguns sujeitos da amostra tiveram que ser descartados por inadequação a algum ou alguns dos critérios de seleção que não haviam sido citados na primeira abordagem. Retornei ao leito destas mulheres que não se encaixavam no perfil estabelecido pelos critérios de inclusão e que já haviam sido abordadas para explicar porque não poderiam participar e agradecer pela disponibilidade em participar da pesquisa.

As mulheres que foram selecionadas em diferentes enfermarias dirigiram-se até a sala destinada à Psicologia no mesmo andar das enfermarias, para a realização das entrevistas e coleta de dados sociodemográficos. Algumas delas levaram seus bebês no colo e outras o deixaram com acompanhantes ou sob os cuidados de algum profissional da maternidade. Somente em uma das entrevistas houve impossibilidade em continuar pelo choro do bebê. Ao fim das entrevistas as mulheres, que assim desejaram, deixaram telefone para o contato que será realizado a fim de que a devolução dos achados da pesquisa possa ser realizada.

No princípio foram selecionadas seis participantes. Posteriormente duas precisaram ser descartadas. A primeira, no primeiro dia, pois durante a entrevista foi constatado o grande número de intervenções que foram necessárias devido a complicações advindas de uma infecção urinária, o que provocou um parto prematuro e tornou este caso incompatível com os critérios de inclusão da pesquisa.

No segundo dia de entrevistas houve uma participante que estava com seu bebê no colo, em torno de dez horas da manhã. O bebê chorou e eu disse a ela que não se constrangesse e que poderíamos continuar a entrevista em outro momento. Assim, combinamos de realizar a entrevista posteriormente. Aguardei o horário de visita, o almoço e cesta. Às três horas da tarde, quando a procurei novamente e a encontrei acordada no leito, ela disse que não desejava mais participar.

A busca por outras mulheres teve fim já que não havia nas enfermarias nenhuma mulher com o perfil necessário para compor o quadro dos sujeitos desta pesquisa e o tempo para realização do trabalho de campo estava reduzido por motivos já apresentados. Após as entrevistas com as quatro mulheres selecionadas, o material foi transcrito para posterior categorização. Todas as parturientes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II).

O perfil das mulheres entrevistadas

Os dados sociodemográficos coletados para auxílio da análise que constam na tabela abaixo foram: idade, escolaridade, cor/raça, ocupação, renda familiar, estado civil, situação familiar e religião.

Tabela

DADOS	Idade	Escolaridade	Cor/Raça	Ocupação	Renda familiar	Estado Civil	Situação familiar	Religião
AA	20	Ensino médio completo	Parda	Caixa	1.200,00	Solteira	Mora com o pai do bebê	Católica
BB	34	Ensino médio completo	Parda	Manicure e depiladora	2.000,00	Solteira	Mora com o pai do bebê	Católica
CC	33	Ensino médio completo	Branca	Consultora de vendas	5.000,00	Solteira	Mora com o pai do bebê	Católica
DD	31	Ensino superior incompleto	Branca	Vendedora	3.000,00	Solteira	Mora com o pai do bebê	Evangélica

A coleta dos dados sociodemográficos mostra que a faixa etária das mulheres entrevistadas varia entre 20 e 34 anos com uma média igual a 29,5 anos de idade. Todas possuem o Ensino Médio Completo e apenas uma afirmou ter o Ensino Superior incompleto.

A questão do tratamento diferenciado e preconceituoso que a literatura aponta com relação às mulheres negras não foi possível de investigar, pois havia duas mulheres brancas e duas pardas (LEAL et al, 2005). Não foi encontrada evidência relativa ao tratamento diferenciado com base em cor/raça.

Todas possuem ocupação e renda mensal. A renda familiar, de acordo com nova classificação, as situa dentro da classe média³⁶. As quatro mulheres não são casadas, mas em todos os casos moram com o companheiro, que é o pai do bebê.

³⁶ Fontes: <http://www.estadao.com.br/especiais/a-nova-classificacao-socio-economica-do-brasileiro,4106.htm>
<http://www.sae.gov.br/site/?p=12060>.

Três se consideram católicas e uma da religião evangélica. A crença religiosa oferece informação sobre a visão da maternidade, do papel de mãe, bem como do parto e da relação entre prazer e dor.

No Brasil, grande parte da população tem sua crença baseada na visão judaico-cristã, como se pode constatar, mesmo neste universo de quatro participantes. Essa visão considera a experiência do parto com base na máxima “parirás em dor” e a maternidade relacionada ao “padecer no paraíso” (PAMPLONA, 1990). Desse modo, algumas pistas sobre como idealizam o momento do parto e o que esperam vivenciar podem ser consideradas.

A dor e o sofrimento para parir e criar os filhos faz parte da bagagem cultural dessas mulheres. Porém, acreditamos que o conhecimento por meio da informação promove autonomia e empoderamento, podendo alterar a atitude da mulher na vivência do parto e modificar sua percepção com relação à dor, modificando assim a qualidade da experiência.

Com os dados sociodemográficos, pode-se constatar que as participantes desta pesquisa são mulheres adultas, que possuem nível de educação médio, ocupação e renda média, bem como contam com apoio material e emocional de seus companheiros.

A análise de suas falas mostra que não possuíam informações suficientes sobre seus corpos e sobre o processo do parto para que pudessem exercer seu poder de escolha e sua autonomia. Percebe-se ainda que a Maternidade-Escola é muito bem vista e considerada em alto valor, como uma instituição onde se encontra bom atendimento.

Podemos inferir que o grau de escolaridade que possuem contribua para a relação hierarquizada presente entre médico-paciente. Este fator as faz considerar em alto grau o poder-saber médico e se submeter ao tratamento que estes lhe oferecem. Por este motivo, qualquer forma de contestar não é admitida pelas próprias mulheres. Vimos esse comportamento durante as entrevistas quando elas próprias, mesmo sem saber o porquê de certas intervenções utilizadas, quando questionadas sobre sua necessidade, criam argumentos que possam justificar tal conduta médica.

Além disso, é notável em suas falas que a relação afetivamente mais próxima de suporte é estabelecida com os estagiários, com as enfermeiras ou outras figuras “não-médicas” presentes na cena do parto. Em contrapartida, se referem aos médicos através de uma relação mais distante, como detentores de um poder que os torna superior a elas e aos outros profissionais, como veremos adiante.

6.2 ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição, o material foi lido várias vezes, em uma leitura flutuante, como recomenda Bardin (1977). Posteriormente, os dados sobre a experiência de parto das mulheres foram agrupados nas seguintes categorias com relação ao significado do conteúdo de suas falas:

1. A experiência em relação a si própria

Esta categoria envolve o (des-)conhecimento que a mulher traz sobre o processo do parto, sobre os procedimentos aos quais é submetida, a dor sentida, a autonomia que ela traz e a sensação de estar preparada para o parto.

Subcategorias: Dor; Desconhecimento; Autonomia (comportamento).

2. A experiência em relação ao atendimento

Esta categoria envolve a qualidade do suporte humanizado oferecido pela equipe, as intervenções feitas, o manejo da dor, as iatrogenias produzidas pelas intervenções e o respeito à autonomia.

Subcategorias: Suporte humanizado da equipe (manejo da dor; ambiente do parto); Intervenções (respeito à autonomia; iatrogenias).

É importante destacar que as categorias estabelecidas possuem uma relação íntima entre si e foram separadas por motivos didáticos e de organização, conforme orienta Bardin (1977), pois são inseparáveis na experiência vivenciada integralmente.

Desse modo, sabemos hoje, que a qualidade da experiência do parto depende de diversos fatores que vão desde a relação da mulher com o próprio corpo, a sua história psicoemocional, a anatomia e fisiologia, passando pelo ambiente do parto, até a relação com os profissionais e as crenças culturais que servem de base a todos estes anteriores.

Categoria 1 – EM RELAÇÃO A SI PRÓPRIA

SUBCATEGORIAS:

DOR / DESCONHECIMENTO / AUTONOMIA (comportamento)

DOR

Eu cheguei e tava sentindo uma dorzinha leve (LCF).

Aí a bolsa não tinha rompido ainda, tinha que esperar pra ver se ia romper, mas aí a dor só aumentando (LCF).

...pra ser sincera, a melhor parte foi quando o bebê saiu porque Deus me livre, é terrível a experiência, o parto normal, o bom é a recuperação (LCF).

...eu gritei, eu chorei, nossa foi desesperador! A experiência do parto é dolorosa (LCF).

Agora, em termos de dor, foi mil vezes pior do que eu esperava, eu esperava uma dor muito forte, mas foi muito mais forte, não dá pra esperar. É assim uma coisa... Nossa! Só quem passa (LCF).

Ah porque todo mundo falava que dói muuuito, mas sei lá eu esperava uma dor diferente, não uma Dor assim (LCF).

...como se tivessem rasgando aqui (leva as mãos ao baixo ventre) eu acho que a cabeça dele já tava saindo mesmo. Eu esperava dores, mas não essa dor tão forte, parecia até que tinha uma coisa te abrindo inteira por dentro (LCF).

(E você acha que alguma coisa do que aconteceu, poderia ter sido diferente?) O básico era com a dor, entende? Não tem mais o que falar, a não ser dor. A dor tinha que sentir né? Querendo ou não era a melhor opção, era o parto normal. Então eu acredito que aconteceu como tinha que acontecer (LCF).

[...] no geral foi como tinha que ser, depois acabou que a dor mesmo foi muito rápido. Oh, eu cheguei meia noite, 03:20 ele tinha nascido. Muito rápido. Não dá assim pra te falar, só DOR, mas isso...normal (LCF).

Pra ela nascer foi ótimo, agora as contrações, Deus que me livre! É uma coisa desesperadora! (LHX)

(E foi como você imaginava?) As dores eu não imaginava que era tanto assim (risos). Eu não conseguia nem chorar! De tanta dor, tudo que eu senti. A gente não consegue nem chorar, que é tanta dor, tanta dor que você não consegue nem chorar. (LHX)

É um sofrimento o parto normal (RZS).

Olha, a dor não foi como eu esperava não. Eu esperava a dor, mas eu esperava no final ter um parto normal (RZS).

Sabe-se da relação íntima entre as categorias aqui analisadas, porém, é importante ao menos destacar um ponto sobre a relação entre a dor sentida e o suporte oferecido pela equipe.

Pode-se ver que a questão da dor no parto, como também sua intensidade, são aspectos centrais na fala das mulheres. Os sentimentos referidos em suas falas são ecos dos conceitos culturais sobre o parto alimentados pelo desconhecimento, os relatos de outras mulheres e o próprio modelo de assistência obstétrica (PEREIRA et al, 2011).

A experiência da dor no trabalho de parto e parto é analisada aqui sob um olhar integral, apresentando a relação íntima, que não é passível de separação, entre os fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais envolvidos.

Essas mulheres já esperam vivenciar uma dor intensa no parto. Entende-se que a dor, para o corpo físico, é um mecanismo de expressão fisiológica de defesa perante uma agressão real ou potencial, porém a reação que a pessoa apresenta, ocorre através de uma interpretação emocional e social que são construídas pela cultura. Nesse sentido, alguns estudos atuais apresentam a necessidade de desmitificar a visão punitiva da dor vivida no parto na cultura ocidental, revelando seu papel social. O processo fisiológico, por si só, em outras culturas não está relacionado à dor tão intensa e sofrida.

Segundo Pereira (2011), enquanto somente o aspecto fisiológico da dor for enfatizado, enquanto for interpretada socialmente como “fisiológica” por fazer parte da natureza do evento, provocará conflitos afetivos, emocionais e metabólicos, expondo a fragilidade das mulheres frente à sua percepção pessoal e favorecendo a representação feminina do parto com base em medos e mitos.

A dor do trabalho de parto envolve uma complexidade de respostas neurocomportamentais e fornece uma característica pessoal e única à experiência. De certo, o que nos importa é o “ser que sente dor e não a dor como ser”. A dor intensa esperada está relacionada intimamente ao fator sociocultural, evidenciado nos relatos das experiências de outras mulheres em contextos passados, quando a assistência era precária, ou no mesmo contexto intervencionista presente, além dos exemplos divulgados pela mídia.

A partir da fala das entrevistadas a dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional extremamente desagradável que não só se espera viver durante o parto, como de fato é vivenciada. Assim, a dor revela-se como um dos principais motivos de medo e preocupações acerca do evento, expondo os aspectos psicológicos e a dimensão da experiência dolorosa, bem como as respostas emocionais relacionadas.

De acordo com um estudo (PIRDEL e PIRDEL, 2009) que nos auxilia a compreensão sobre a percepção da dor no parto, foi definido como “estresse no trabalho de parto”, um nível de estresse psicológico representado pela combinação entre o medo do desconhecido e a dor, vivenciados pelas mulheres neste momento. O parto é considerado um evento que provoca grandes mudanças fisiológicas e psicológicas em curto espaço de tempo, desafiando a capacidade de uma mulher em lidar com as

transformações. O estudo aponta inclusive para uma relação entre o estresse no trabalho de parto com a diminuição das contrações, imunossupressão e o parto prolongado.

O conhecimento da fisiologia atual mostra que embora algum nível de ansiedade seja considerado normal durante o trabalho de parto, níveis excessivos correspondem ao fator emocional que provoca a experiência de dor intensa, severa, que corresponde a um declínio do fluxo sanguíneo na pelve e a um aumento de tensão muscular como resultado de maior secreção de catecolaminas. O ambiente físico do parto e as intervenções obstétricas influenciam sua avaliação sobre a experiência de parto e afetam a intensidade da sensação de dor (PIRDEL e PIRDEL, 2009).

Vê-se que os fatores psicológicos podem aumentar a intensidade da dor durante o parto. Amenizar a sensação de dor pode transformar o parto numa experiência prazerosa na vida da mulher. Podemos ajudá-las a lidarem melhor com a dor do parto e podemos melhorar a assistência assim como propõe o modelo de Humanização deste atendimento.

DESCONHECIMENTO

[*sobre o corte*] foi antes de sair a cabeça, eu acho que é porque tava atravessada.(LCF)

[antes de começar ela falou: Ih, eu vou falar tudo mesmo!(LHX)]

Ah, eu tava em casa e aí a bolsa estourou, só que eu nunca tive filho, aí eu vim pra cá correndo. Só que eu num tinha entrado em trabalho de parto ainda, aí ela estourou, mas eu não tinha entrado ainda [...foi isso] (LHX).

Eu entrei em trabalho de parto, na verdade, eu comecei a sentir as primeiras contrações às dez e meia da noite, aí eu vim pro hospital 1:30, tentando normal, de manhã eu fui pra casa. Quando foi 10:30 da manhã eu voltei pra cá, eu tava com 8 de dilatação. Fiquei de dez e meia da noite até dez e meia da manhã tendo contração de 5 em 5 minutos 2 de cada vez (RZS).

Mas eu queria muito ter tido parto normal (RZS).

demorou mesmo porque eu tive que esperar a bolsa romper, aí a bolsa rompeu, aí o bebê não tinha descido. Aí tinha que esperar ele descer e nisso ia sentindo cada vez mais dor. Mas, fora a dor, o parto foi bem tranquilo e a recuperação melhor ainda. (LCF)

Ah foi tranquilo meu parto. Eu tive muita contração antes de estourar a bolsa, então devido a isso eu senti muitas dores (FRX).

Então devido a isso eu vim, só que aí nesse tempo, demorou a estourar a bolsa. Então eu fiquei o trabalho de parto todo, foi aquele processo todo dolorido (FRX).

Eu não imaginava que seria assim, mas foi bom, foi bom e acho que tudo o que eu passei valeu a pena. Foi essa sensação que eu tive depois (FRX).

Nossa, eu imaginava, não sei, não imaginava que a dor seria tão forte do jeito que foi e eu achei que depois que fizesse uma força a neném já nascesse, entendeu, uma coisa bem mais rápida. Eu não imaginei o processo que demora (FRX).

(E tem alguma coisa que você acha que poderia ter sido diferente?) Não, não eu acho que rolou tudo mesmo do jeito que tinha que ser, não tinha como ser diferente, porque a gente imagina uma coisa, mas na realidade os profissionais é que sabem. Então eu acredito que rolou tudo o que tinha que acontecer, cada coisa foi feita na hora (FRX).

(O que você conhecia sobre o parto?) Ah, (risos) Que o parto normal geralmente é dolorido, mas que é o melhor, né, que a pessoa se recupera melhor. Era mais isso mesmo, até o último momento eu não queria imaginar como era ter um parto, preferi deixar pra ver na hora, é (riso sem graça), é melhor a gente não ficar pensando antes, melhor a gente deixar pra ver na hora como vai ser (FRX).

Observamos nessas falas o desconhecimento das mulheres sobre o processo do parto. A falta de informação produz efeitos importantes na experiência. A mulher que não sabe como se dá o trabalho de parto, por quais transformações passará nesse momento e somente espera viver uma dor muito forte, provavelmente vai desejar ser salva desta experiência tenebrosa.

Por este motivo, o desconhecimento produz uma relação de submissão ao saber médico e reflete diretamente a qualidade da experiência de parto. Na medida em que a mulher não dispõe de conhecimento sobre seu corpo e seu parto, entrega este controle aos médicos e espera que estes “façam” seu parto por ela.

Desconhecendo o que ocorre, como as fases do trabalho de parto e as intervenções costumeiras, essas mulheres assumem e vivenciam uma incapacidade para parir, abrindo mão de sua autonomia e poder de escolha.

Culturalmente, a sociedade dá crédito ao modelo de assistência centrado no especialista, com enfoque para a segurança que permeia as expectativas e influencia as decisões sobre a escolha do parto. Estudos demonstram que as mulheres que vivenciam o processo do parto com sensação de medo em função do desconhecido, são submetidas a ações intervencionistas, configurando uma situação de vulnerabilidade (MARTINS et al, 2010).

Existe uma deficiência de informação durante o pré-natal, que somado ao modelo de assistência e à hospitalização do parto transfere para o médico o comando e o poder de decisão sobre o processo. Ocorre um fenômeno cultural de transferência do comando de natureza fisiológico exercido pela mulher grávida para um comando técnico, do médico.

As análises das entrevistas apontaram para o diálogo pobre que existe entre as mulheres e os médicos sobre questões relacionadas ao momento do parto, evidenciando o fato de que o discurso médico é aceito passivamente pela parturiente.

AUTONOMIA (comportamento)

Aí ... até que eu fiquei quietinha, num fiz escândalo nem nada não. Tinha hora que eu me desesperava né (LHX).

Eu comecei a sentir as contrações 04:30, fiquei quietinha até meio dia, quando deu meio dia eu já num consegui...fiquei desesperada, fiquei com muita dor. Acho até que eu me comportei bem, entendeu? Quando eu num agüentei eu falei, me dá uma anestesia, to até agora com dor, não consigo mais me controlar (LHX).

Mas eu também! Muito boazinha (LHX).

Esta subcategoria, apesar de constar abertamente na fala de uma das entrevistadas, deve ser destacada por estar presente de modo sutil nas relações entre a equipe e as pacientes. Vemos o constrangimento da mulher em expressar sua dor, visto que:

“A sociedade moderna busca reprimir e silenciar os medos que não podem ser evitados. A vida medrosa se torna mais tolerável com o silêncio, o despercebido, o invisível. Assim, a dor, seus reflexos e os medos daí desencadeados não são suficientemente problematizados pelo modelo biomédico, que parece valer-se da cesárea [*e da anestesia*] como técnica para silenciar e mitigar os temores da representação social da dor na parturição” (destaque nosso) (PEREIRA et al, 2011, p.387).

Acrescentamos o uso da anestesia no trecho acima, ao lado da cesárea na função apresentada, pois este parece estar marcado pela opinião pessoal dos profissionais sobre o alívio imediato de uma dor que nem eles próprios conseguem presenciar. Contudo, várias alternativas ao uso da anestesia são apresentadas nos documentos que servem como guia da assistência humanizada ao parto normal de baixo risco. Estas alternativas favorecem a autonomia da mulher em trabalho de parto, o que requer uma nova visão sobre o processo do parto e a importância de se respeitar sua fisiologia, intervindo minimamente, como preconiza o Ministério da Saúde.

O pedido de anestesia e a possibilidade de seu uso poderiam configurar uma situação de exercício de autonomia se as mulheres conhecessem os recursos não farmacológicos de alívio da dor que deveriam estar disponíveis e cuja eficácia é

comprovada por evidências científicas. Neste caso, deve-se considerar o fato de que se as mulheres não conhecem suas escolhas e direitos, é como se não os possuísse.

Categoria 2 – EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO

SUBCATEGORIAS:

SUPORTE HUMANIZADO DA EQUIPE (manejo da dor; ambiente do parto) / INTERVENÇÕES (respeito à autonomia; iatrogenias)

SUPORTE HUMANIZADO DA EQUIPE (manejo da dor; ambiente do parto)

...aí cheguei e já fui atendida aí, ela disse que eu tava com 5 de dilatação, que eu esperei o momento certo pra vir. Aí olharam pressão, temperatura, essas coisas que eu acho que tem que fazer né? Pra ver se ta tudo ok. (...) Aí minha acompanhante e eu subimos pro pré-parto (LCF).

(Quem estava te acompanhando?) Minha mãe (LCF).

Mandaram eu tomar um banho, nisso a dor já aumentou né? Aí tomei banho, ela foi me mandou deitar, aí fez um exame pra ver como tava o batimento cardíaco do bebê, se tava tudo bem (LCF).

A médica pediu pra eu dar uma voltinha dentro do quarto, aí eu fiquei me movimentando, amenizava um pouco sabe? Eu ficava andando, mas aí mandaram eu tomar outro banho, tomei outro banho (LCF).

Eh, tinha na sala uma médica e mais duas pessoas, não sei se era a pediatra ou se era alguém que tava só auxiliando. Aí eu tomei outro banho, aí a dor aumentou, e olha... [...] a dor só aumentando, aumentando (LCF).

e tipo eu fui bem atendida, foi rápido (LCF).

Tinha uma garota, eu nem sei, acho que ela nem é médica, ela tava auxiliando, ela foi maravilhosa, todo tempo ali, até depois do parto eu fiquei conversando com ela ali: “Olha você tem que ganhar muito bem, porque passar agüentando (...) mas assim, teve o atendimento, graças a Deus (LCF).

...o atendimento eu já esperava uma coisa boa porque já tinham pessoas que tinham passado por aqui que falaram muito bem da maternidade, então eu já vim esperando que seria uma coisa boa (LCF).

Nestes relatos constatamos a existência do suporte humanizado no parto com respeito ao processo fisiológico, fator extremamente importante, pois compõe o ambiente em que este ocorre e produz efeitos imediatos que vão afetar a qualidade da experiência da mulher. No caso, o banho é sugerido como método não farmacológico de alívio da dor, prática recomendada pela OMS, além do apoio contínuo ao longo do trabalho de parto, muito apreciado pelas mulheres.

Ainda assim, apesar de ter sido identificado, o suporte humanizado ainda não é prática comum, variando conforme a mudança de equipes nos diferentes plantões. É o que se pode ver nos relatos a seguir.

[Antes de começar a entrevista ela falou:] Ih, eu vou falar tudo mesmo! (LHX)

O atendimento da manhã é bem melhor que o da noite. Eu estranhei muito. Da recepçãozinha ali embaixo, da emergência, até lá em cima, não gostei (LHX)... Aí, eu sempre fui muito bem atendida durante o dia aqui, então quando chegou de madrugada, eu achei estranho né?

...tinha uma outra que eu chamava ela...po, você nunca teve filho né, tudo bem...ela pegava e virava de costas. É porque eu nem peguei o nome dela, senão eu ia fazer reclamação, sabia? Eu acho assim, po, eu tava lá desesperada, num tava nem fazendo escândalo, nem gritando, nem nada, só que eu tava nervosa. Eu tava com tanta dor que eu nem chorava, ela pegar e virar as costas? Eu acho que não é assim né? (LHX)

Percebemos como a atitude dos profissionais nesse momento de tamanha intensidade de sensações e emoções, torna-se um aspecto muito importante na experiência de acolhimento e bem estar vivenciada pela mulher. Principalmente quando temos a chance de comparar com o relato anterior, onde esse apoio foi recebido ao longo do trabalho de parto.

E ainda, podemos observar a importância e o efeito imediato do suporte humanizado, do acolhimento oferecido pela equipe na experiência da mulher, quando ouvimos os próximos comentários de L.H.X. sobre o parto.

aí vinha uma...eu não posso também generalizar as estagiárias, porque teve 2, 3 e teve um menino também que, Maravilhosos! Fizeram meu parto! Excelente!(LHX)

Aí depois veio essas outras duas e o rapaz que me aplicou a anestesia, maravilhosos. Aí me acalmou, me ensinou na hora, como é que fazia [a força], fiz direitinho (LHX).

Veio e deu anestesia, maior calma, e te tranquiliza, aí me ensinou “faz assim” aí eu fiz direitinho, ela veio rapidinho (LHX).

Aí na hora do parto mesmo pra ela nascer foi rapidinho. Ela [a estagiária] me ensinou, falou: “vai, vai, vai” (LHX).

(E tinha alguém com você, te acompanhando?) Minha amiga. Meu marido tava trabalhando, quando ele chegou ela já tinha subido, não pôde ter a troca, não puderam trocar. Acabou me deixando nervosa também, porque ela [a amiga] ficou nervosa, e eu to sentindo dor e ela: “ta com dor? Ta com dor?” ficou perguntando que eu to sentindo, quase tive um ataque. Pelo amor de Deus, ela queria saber de tudo, perguntava tudo, tava me deixando nervosa. (LHX)

Conhecendo os benefícios e a ausência de riscos associados ao suporte intraparto, deve-se assegurar que todas as mulheres em trabalho de parto recebam suporte, não apenas daquelas pessoas próximas a elas, como também de cuidadores experientes (ENKIN, 2005).

Como eu não tenho muito, não chorei muito, muito esporro assim, né, de desesperar, acho que foi isso que me ajudou também, porque a menina que tava do meu lado, na hora de fazer força ela já não tinha mais força, de tanto que ela chorou, desesperada (LHX).

Você quietinha, controlada, e a garota do lado gritava, gritava, gritava...eu falei “não posso deixar isso me contagiar”. Eu fiquei tranqüila...tranqüila não!(LHX)

Observamos duas reações distintas ao mesmo fenômeno. Duas mulheres em trabalho de parto, vivenciando o descaso da equipe que deveria acolhê-las. Uma percebe a violência e se submete, pois se encontra em um estado de vulnerabilidade, desprovida de autonomia. A outra mulher se desespera com a dor e seu grito é um pedido de ajuda, porém ela também é ignorada, sua dor não é ouvida.

Estes relatos mostram um tipo de violência na área da saúde que é sutil, uma violência consentida que ocorre com mulheres em trabalho de parto e parto.

Lá do atendimento, da emergência, como eu estranhei! Porque assim, eu sempre fui muito bem atendida aqui, agora de madrugada eu não entendi nada, aí eu fiquei assim, sabe quando você fica assim?[fez cara espantada] Assim, eu não tava acreditando!(LHX)

Ali daquelas guardetes que ficam ali, uma grosseria! Você perguntava... “é você num ta em casa não” [as guardetes falaram], mas se você não sabe ela tem que te orientar né? Uma grosseria, a mulher toda ignorante. E lá de cima também, gostei não! (LHX)

Aí clareou né, não sei, eu só fui ganhar meio dia e pouco. Não sei se já tinha mudado [refere-se ao plantão], eu sei que essa menina boazinha apareceu, um amor assim. E a que tava me atendendo e virou as costas pra mim, nem apareceu, graças a Deus! Ai, você fazendo um parto, Deus me livre! Tem que ter tranqüilidade né? Tá lá cheia de dor, maior sofrimento, Deus me livre! (LHX)

O sentimento de isolamento da mulher pode aumentar com o aparecimento e desaparecimento intermitentes de diferentes pessoas desconhecidas, o que inclui todos os profissionais envolvidos nessa assistência. De acordo com um estudo, uma mãe de baixo risco que teve seu primeiro filho em um hospital-escola foi atendida por 16 pessoas durante 6 horas de trabalho de parto, mas ainda assim foi deixada sozinha durante a maior parte do tempo (ENKIN, 2005).

(Você acha que alguma coisa poderia ter sido diferente?) Eu acho que o atendimento né. Logo quando chega, você tá assim cansada, no caso eu nunca tinha tido filho. Então jogam ali dentro, botam num soro ali, eles chamam, teve hora que eu pedi socorro! Não vinha ninguém pra me ajudar, nem pra falar: “não é assim mesmo, fica calma!” (LHX)

Te deixam lá e parece que se você ficar chorando, gritando é pior, porque, ninguém chegou pra dar anestesia nela [refere-se a mulher que estava ao seu lado] o bebê dela nasceu com roxo no rosto, ainda teve um probleminha no braço dela, ela tá por aí ainda, vai ter que fazer fisioterapia nela. [...] vi que era pra ficar quieta porque eu tava vendo a situação do lado né? (LHX)

não ia adiantar ficar desesperada, o que acontece é que na hora que tem que fazer força não tem nem força pra botar o neném pra fora, né? (LHX)

Nesta fala, L.H.X. acredita que incomodaria os profissionais que a atendiam, vendo a situação de desamparo da mulher que estava ao seu lado gritando de dor. Sentiu-se ameaçada e sob o risco de ser mal atendida ou repreendida pelos profissionais. Passou quase oito horas segurando sua dor, que era muito intensa, “*não conseguia nem chorar de tanta dor*”, incapaz de expressar o que sentia, de se colocar ativamente no processo de seu parto, demonstra o medo do mau atendimento que a faz abrir mão de seu poder e autonomia.

Vemos claramente o que chamamos de violência obstétrica. No caso, relacionada ao descaso dos profissionais que a atenderam frente o sofrimento vivido pela mulher que se sente abandonada e amedrontada. Esse sentimento por sua vez contribui com o aumento da sensação de dor, que leva a mais sofrimento.

Pior que eu num entendi nada, porque não é o que eu vi, assim, imaginava durante o dia [...] não dá atenção pras mães, uma coisa, [...] eles ficam com raiva pra chegar e querer... sei lá, eu estranhei muito, fiquei passada. Agora que veio na hora do meu parto, po! (LHX)

(Quem estava com você?) Aqui no hospital tava meu marido e minha irmã [...] ele não quis entrar porque na hora que deu complicação [voz inaudível] (RZS).

A equipe foi maravilhosa, a equipe de enfermagem então, o que são aquelas meninas. Aqui, sempre falam. [...] Eu até pedi o telefone da ouvidoria, ligar né, porque o povo gosta de reclamar [...] (RZS).

(E com relação ao atendimento?) Ótimo, fui super bem atendida, todo mundo me tratou muito bem, não tenho nada do que reclamar. Muito bom (FRX).

Os relatos tanto negativos como positivos demonstram a clara influência do atendimento e do suporte oferecido pela equipe com a satisfação posterior das mulheres em relação à experiência de parto. Com isso torna-se evidente a importância da

preparação desses profissionais para oferecer o suporte humanizado preconizado pelo Ministério da Saúde (2000) com base nas recomendações da OMS (1996).

De acordo com Enkin (2005), em grande parte do mundo, ao longo do século XX, as experiências subjetivas do trabalho de parto e do parto foram encobertas pela analgesia com narcóticos e pela anestesia geral, em uma vã tentativa de tornar o trabalho de parto indolor. Enquanto as mulheres estavam inconscientes, as questões de suporte físico e psicológico eram irrelevantes.

Porém, o movimento do parto natural redefiniu a experiência de dar à luz como potencialmente positiva. Dessa forma os aspectos ambientais do parto assumiram novo significado. Sabe-se que muitos aspectos do ambiente hospitalar de parto podem causar estresse, pois as circunstâncias e as pessoas podem ser estranhas para a mulher em trabalho de parto.

Os sentimentos de medo, a dor e a ansiedade vivenciados pela mulher podem ser aumentados devido a um ambiente clínico mecanizado e por atendentes desconhecidos ou hostis, e isso pode ter efeitos adversos sobre o progresso do trabalho de parto.

Nesta perspectiva, a assistência que prioriza os sentimentos da mulher, mostra-se favorável à presença de um suporte emocional, destacando a redução da taxa de cesarianas, da analgesia ou medicamentos para alívio da dor, da duração do trabalho de parto, da utilização de ocitocina e produzindo aumento na satisfação materna com a experiência vivida (ibid).

Dannenbring (apud PIRDEL e PIRDEL, 2009) demonstrou que o suporte constante oferecido à parturiente, especialmente o apoio psicológico, é um importante fator que reduz a dor no trabalho de parto. O suporte humanizado que encoraja a mulher ameniza as dores e ao mesmo tempo auxilia a vivência de uma atitude positiva da mulher frente à dor, o que as faz suportá-la mais facilmente.

Segundo Enkin (2005), deve ser rotineiramente oferecido a mulheres o suporte contínuo (quando a mãe desejar) e a oferta de conforto físico e incentivo verbal. A de escolha do acompanhante pela mulher representa outro suporte importante no processo de parturição (MARTINS et al, 2010).

O ambiente físico onde as mulheres vivenciam o trabalho de parto e o parto tem grande efeito na intensidade do medo e da ansiedade que elas experimentam. Por outro lado, aspectos positivos relacionados ao ambiente que favorecem a autonomia e o acolhimento durante o parto, estão associados a resultados positivos como menores

taxas de analgesia, diminuição de intervenções e partos cirúrgicos, assim como grande satisfação com o atendimento oferecido (PIRDEL e PIRDEL, 2009).

As mulheres apreciam um acompanhante que as apóie e esteja sempre disponível durante o trabalho de parto, juntamente com a atenção apropriada de um pequeno número de profissionais. Essa forma de suporte contínuo e disponível nem sempre é oferecida.

O contexto do parto se configura por uma relação dinâmica e recíproca entre a mulher em trabalho de parto e o ambiente ao seu redor. Esta relação é dinâmica, pois o nível de estresse durante o trabalho de parto sofre variações que vão facilmente do mais baixo nível para o mais alto e vice-versa, influenciando a intensidade da sensação de dor. É uma relação recíproca porque o ambiente do parto produz certo estresse nas mulheres e em retorno, a mulher vai produzir certas reações a esse estresse (ibid).

INTERVENÇÕES (respeito à autonomia; iatrogenias)

Teve que fazer o corte, Deus me livre, esse corte então! Mesmo com anestesia, ela colocando, eu senti a picada da anestesia, mas não sei por que eu tava [...] eu senti cortar, costurar não; costurar é só aquela passadinha dos pontos, mas cortar eu senti. Não, eu acho que porque foi tão rápido e depois o bebê decidiu que ia nascer, foi tão rápido que não sei se a anestesia não pegou, mas nossa Terrível! Terrível! Terrível! Dizem que a gente nunca esquece, realmente, não esquece mesmo não, só se for maluca (LCF).

(E você sabe por que foi feito o corte?) Não, não sei. Eu acredito, porque a cabeça do bebê tava atravessada. Eu me lembro dela falando, que a cabeça dele tava virada. Tanto que saiu a cabeça aí eu perdi a força e aí ela falou, você vai ter fazer um pouquinho mais de força pra sair o ombro, porque o ombro ficou, entendeu? Aí eu senti mais dor pra sair o ombro do que a cabeça (LCF).

E fizeram o corte. *(E você sabe por que fizeram o corte?)* [expressão de não saber] Deve ser porque ela era grande, ninguém me falou. Não sei nem quantos pontos eu levei. Não sei (LHX).

Não senti [o corte] porque como eu já tava toda anestesiada, eu não senti, só vim sentir hoje mesmo porque teve a menina lá, foi olhar, a enfermeira, aí eu vi que ela deu um pique (FRX).

(Alguém te explicou porque foi preciso fazer?) Não, eu não sei. Também acho que naquela coisa toda do neném chegar eu não senti (FRX)

A episiotomia é prática rotineira nesta maternidade, conforme os protocolos assistenciais (BORNIA e AMIM JUNIOR, 2006). Vemos que este procedimento é feito sem o conhecimento e o consentimento das mulheres, além de ser comumente descrito com dor. Esta prática não é recomendada segundo o atendimento Humanizado baseado em evidências. A episotomia de rotina é uma intervenção obstétrica que hoje é

considerada além de desnecessária, nociva às mulheres (PREVIATTI e SOUZA, 2007; SANTOS e SHIMO, 2008; CARVALHO et al, 2010).

Seu uso rotineiro tem como base a visão de que a estrutura corporal da mulher é deficitária de alguma forma. No entanto, sabemos que o canal vaginal se expande o suficiente para que o bebê passe e que os casos em que “não há passagem” são controversos, pois os fatores iatrogênicos estão envolvidos na maioria deles. Este problema pode ser resolvido com medidas como o apoio contínuo e mudanças no ambiente e atendimento ao parto sob o entendimento do processo fisiológico, psicológico e cultural (ou biopsicossocial).

me botaram no soro(LHX).

acho que botaram alguma coisa pra estimular né, porque eu não tava em trabalho de parto e já tinha estourado a bolsa (LHX).

eu pedi anestesia [...] fizeram todos os procedimentos. (*O que eram esses procedimentos?*) Cheguei aqui, eles fazem tipo uma triagem né, [...] passei pelas enfermeiras lá embaixo, a médica me atendeu lá embaixo, aí eu tava com 8 cm de dilatação, eu fui pro CO, cheguei lá eu pedi anestesia e eles me deram anestesia aí pararam as contrações, aí induziram. Num período de 30 minutos ela já tava em sofrimento, porque ela não desceu. Ela não baixou, continuou alta. Aí não teve jeito, cesárea (RZS).

É deram a [...] no soro só pra poder as contrações voltarem. Porque como deu a anestesia e a anestesia fez as contrações pararem, injetaram, mas ela já tava em sofrimento, o bebê já tava em sofrimento, não foi porque teve anestesia ou indução, não era pra ser mesmo. Aí, foi cesárea (RZS). É um sofrimento o parto normal.

Observamos, nesse caso, que uma intervenção pode acarretar a necessidade de uma série de outras intervenções. De acordo com a OMS (1996), deve-se ter uma boa razão para intervir no processo fisiológico do parto. A cascata de intervenções teve início com a anestesia em trabalho de parto avançado que produziu uma parada em seu progresso levando ao sofrimento fetal e a necessidade de um parto cirúrgico. Não nos cabe condenar a conduta médica, mas questionar sua necessidade com base nas evidências científicas que apontam para a intervenção mínima e para os benefícios dos métodos não farmacológicos de alívio da dor que acompanham o suporte humanizado do parto.

Só melhorou depois que eu tomei a anestesia, né, a peridural, que foi o que me ajudou, mas assim [...] foi tranquilo (FRX)

Então, eu não sei te dizer de dilatação, mas eu estava com muita contração, uma atrás da outra (FRX).

(Foi você que pediu a anestesia?) Não, não, foi a médica, porque eu tava sentindo muita dor, eu já tava já com muita dor, eu tava vomitando muito, eu acho que ela “na hora a gente vai te dar injeção pra melhorar”, foi me dar pra melhorar. Acho que foi pra melhorar a dor, pra rolar todo processo mais tranquilo, foi isso (FRX).

Percebe-se como o saber científico do modelo tecnicista favorece uma assistência obstétrica segmentada e intervencionista, de pouco diálogo, que busca adequar rotinas e protocolos ao processo dinâmico, fisiológico e afetivo da parturição. Essa representação influencia o poder de decisão da mulher, que, em nome da segurança, delega o comando do processo ao profissional especializado (PEREIRA et al, 2011). Infelizmente, em nossa cultura, poucos profissionais adotam condutas educativas e de empoderamento da mulher para uma tomada de decisão compartilhada e consciente.

Caron e Silva (2002 apud MARTINS et al, 2010) acrescentam que entre profissionais e parturientes prevalece uma comunicação não terapêutica, imprimindo à assistência obstétrica um perfil de impessoalidade e exercício de poder do profissional sobre a mulher, o que pressupõe a ocorrência deste tipo de violência. Existe uma hierarquização nas relações entre os profissionais e as parturientes, delimitada por um espaço social e de saberes, evidenciando a falta de comunicação na assistência dispensada às mulheres.

Das quatro mulheres entrevistadas, três relataram esperar um bom atendimento na Maternidade em questão, de acordo com experiências anteriores ou comentários de outras mulheres que haviam sido atendidas ali. Apenas uma relatou o mau atendimento.

A partir de uma análise crítica, vemos que o atendimento humanizado pode facilmente ser reduzido à simpatia dos profissionais da instituição. O cuidado em saúde requer mais do que a capacidade empática dos profissionais, requer uma prática baseada em evidências e não em opiniões e julgamentos próprios. Devemos apontar para a necessidade de mudança das práticas em si, do ambiente do parto e de análise dos procedimentos comumente utilizados que embora pareçam “salvar” as mulheres do tormento do trabalho de parto e parto, desvelam a concepção pessimista e patológica do processo.

O que é considerado pelos médicos como “melhor atendimento”, com recursos técnicos e tecnológicos, parece não corresponder ao entendimento do “melhor atendimento” pelas mulheres que em uma condição de submissão e vulnerabilidade, ainda que passem por intervenções dolorosas, demonstram satisfação pelo apoio sensível que recebem. Tendo em vista os fatores aqui apresentados, como a importância

do conhecimento para o empoderamento das mulheres e exercício de sua autonomia, do atendimento que respeita os aspectos que compõem a integralidade da experiência do parto e do ambiente em que ocorre, podemos levantar o véu e compreender o que está por detrás do modelo intervencionista de assistência ao parto ainda vigente.

A apropriação do conhecimento sobre seus corpos e sobre o parto por meio da informação tornada acessível pode alterar a atitude da mulher na vivência do parto e a sensação da dor, modificando integralmente a experiência. Com isso, com base nessa mudança, necessariamente, transforma-se o modelo de assistência.

Foram apenas quatro mulheres a falarem sobre sua experiência de parto, mas quanta coisa a pesquisa qualitativa nos permite visualizar. Por meio da pesquisa qualitativa, pode-se compreender e interpretar fenômenos a partir de seus significados e contexto, tarefas sempre presentes na produção de conhecimento, o que contribui para que percebamos vantagens no emprego de métodos que auxiliam a ter uma visão mais abrangente dos problemas. Através do contato direto com o objeto de análise é possível fornecer um enfoque diferenciado para a compreensão da realidade.

7. DISCUSSÃO

A presente pesquisa buscou dar voz às mulheres a fim de ouvir os relatos sobre suas experiências de parto. De acordo com o histórico de pesquisas sobre concepções e experiências de parto, principalmente advindas do campo da antropologia, na maior parte das civilizações é papel assumido pelas mulheres o cuidado relacionado ao parto (KITZINGER, 1978).

A forma de assistência oferecida por mulheres em domicílio ocorria de forma que o conhecimento técnico advindo da experiência de partejar era inseparável do apoio emocional sensível às necessidades que a mulher apresentava nesse momento.

Por volta do século XVII, ocorre a entrada da figura masculina na cena do parto que acompanha o uso de intervenções de toda ordem, inclusive cirúrgicas, a partir de um conhecimento que era estritamente reservado aos homens (ARNEY, 1982).

Como vimos, um dos primeiros homens a praticar o acompanhamento de partos foi o criador do fórceps, Peter Chamberlen. Em 1616, ele recebeu muitas críticas por somente atuar em partos com a utilização de instrumentos “com uma violência extraordinária” (DONNISON, 1977 apud KITZINGER, 1978). Contudo, foi somente ao longo do século XIX que os homens ganharam a batalha contra o domínio das mulheres na assistência ao parto, transformando a mulher parturiente em “objeto da obstetrícia” (KITZINGER, 1978, p.77).

Em nossa sociedade, essa entrada dos homens como detentores de um saber sobre o corpo feminino e a parturição, acompanhou o fortalecimento do processo de industrialização e do sistema capitalista e patriarcal. Ao longo dessa história, a mulher se submeteu ao saber masculino da obstetrícia, abrindo mão de sua autonomia e do conhecimento de seu próprio corpo também nesse momento da vida. Hoje, sabemos que este é um fator que compõe o quadro da assistência à mulher no parto contribuindo para a vivência marcada por dor e sofrimento.

A partir da literatura encontrada sobre o feminismo, vimos que esta é uma questão antiga na luta das mulheres por seus direitos e reconhecimento. Na cultura ocidental, o sistema social tem como base uma visão predominantemente masculina, mecanicista e capitalista. Esta base define modos de relação e papéis sociais hierarquizados.

Ao longo da história moderna, as mulheres, enquanto sujeitos desprovidos de autonomia têm lutado para modificar este quadro de injustiça. Quadro composto por

desigualdades concernentes à distribuição de renda, ao reconhecimento de suas multiplicidades, bem como à representação de sua voz como sujeito ativo na sociedade (FRASER, 2007).

Considerando a construção dos papéis de gênero em nossa sociedade, sabemos que o predomínio da visão masculina se faz presente nos mais diversos campos da vida. A ciência é um desses campos onde as mulheres muito recentemente começaram a atuar. Hoje, a crítica feminista e importantes nomes no campo científico destacam a condição de submissão das mulheres, como também apontam caminhos para uma transformação desta realidade. Acreditamos que a construção do conhecimento implicado na transformação e melhoria das condições de vida de qualquer grupo oprimido merece maior consideração no campo científico.

Por este motivo, buscamos investigar a experiência de mulheres de carne e osso (BRAIDOTTI, 2000). A literatura científica encontrada nesta pesquisa apresentou uma séria discussão a respeito da violência vivenciada na assistência ao parto. O modo como se entende o processo relativo ao parto e o modo como se presta assistência é marcado por valores socioculturais que revelam crenças e preconceitos a respeito da sexualidade, dos papéis de gênero e da construção do saber médico. Em nossa sociedade, o corpo feminino é considerado potencialmente patológico e incapaz de funcionar por si só, sem intervenções, especialmente no momento do parto.

Alguns estudos anteriores, ao investigar tanto as expectativas como as experiências das mulheres no parto, demonstraram que estas relatavam a dor e o sofrimento que esperavam e que realmente viviam nesse momento singular de suas vidas. Essas evidências, porém, não produziram uma mudança efetiva na atuação e concepção da medicina obstétrica em relação ao parto (HOTIMSKY, 2002).

O modelo dito tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2001) ainda é vigente, embora muitos questionamentos sobre seus efeitos negativos na experiência da mulher e do bebê tenham sido produzidos em crescente escala desde o início do século XX. No tocante à Psicologia, sabe-se que esses efeitos ocorrem tanto em curto como em longo prazo na vida dos sujeitos envolvidos – mulher, bebê, relações familiares, etc.

A proposta de Humanização do atendimento ao parto surge frente às características de impessoalidade e tecnicismo do modelo dominante e intervencionista da obstetrícia. No Brasil, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (MS, 2000) aponta que o atendimento humanizado deve priorizar a qualidade da experiência da mulher. Para isso, deve-se respeitar o processo fisiológico, entendendo que está

intimamente relacionado aos fatores psicológico, social e ambiental. Além disso, a necessidade de intervenções deve ser muito bem avaliada de acordo com as evidências científicas atuais em casos onde existe risco para a vida da mãe ou do bebê.

Existem documentos que definem a assistência humanizada aos partos de baixo risco que deveriam servir como guia desta prática. Contudo, muitas dificuldades são encontradas na efetivação deste programa, já que envolve uma modificação profunda no ideário dos diversos profissionais envolvidos nessa assistência, na própria arquitetura dos locais de atendimento e no modo de relação com as mulheres em trabalho de parto e parto. Do mesmo modo, devemos destacar a importância de levar informação e conhecimento às mulheres sobre seus corpos e sobre o processo do parto para que encontrem meios de se apropriarem de sua experiência.

Vemos que o caráter intervencionista do atendimento ao parto permanece sendo transmitido nas Universidades. A formação destes profissionais, teórica e prática, se encontra baseada no conhecimento que é distante da realidade vivenciada pelas mulheres, que deveriam ser as protagonistas nesta cena (HOTIMSKY, 2009).

Hoje, segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (1996) sobre a assistência ao parto de baixo risco, deve-se ter uma boa razão, baseada em evidências, para intervir no processo. Conforme novas perspectivas, baseadas nesse atendimento humanizado, fatores como a relação das mulheres com os profissionais, o uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, a livre movimentação da mulher, bem como a importância de um ambiente agradável e seguro no parto são imprescindíveis para que haja a boa assistência e maior satisfação das mulheres na experiência.

Através da ênfase na fala das mulheres, buscamos o empoderamento, isto é, algum nível de resgate de sua autonomia. Com esse intuito, demos prioridade ao modo qualitativo de pesquisa, que busca conhecer os significados presentes nos fenômenos investigados. Dessa forma, a experiência relatada em entrevistas semiestruturadas, mesmo considerando a fala de somente quatro mulheres, nos forneceu rico material para análise.

Com isso, destacamos aqui o valor da experiência enquanto evidência baseada na fala em primeira pessoa (SCOTT, 1988). O simples fato de falar sobre si, de poder ser ouvida enquanto relata a própria experiência, compreende um meio de contrabalançar a dinâmica de poder existente nas relações, no encontro entre a mulher e os profissionais de saúde dentro de uma instituição pública de saúde, ensino e pesquisa,

como é a Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Esse contrabalanço torna-se possível na medida em que a mulher ganha voz, autonomia e liberdade de expressão, ainda que esta seja possibilitada em condições específicas, restritas ao contexto em questão (ARNEY e BERGEN, 1984).

Faz-se mister ouvir mais e mais mulheres falando sobre suas experiências de parto. É preciso que mais e mais mulheres tenham sua voz ouvida para que seja possível conhecer suas experiências enquanto parturientes atendidas em maternidades e assim adequar o modo de assistência destinado a elas. Os protocolos assistenciais não deveriam ser alterados de cima para baixo e a participação da mulher que está parindo tem de ser mais valorizada.

A construção do conhecimento com base no materialismo histórico e dialético aponta para o fato de que a teoria surge da experiência prática e deve retornar a ela para que possa contribuir com a realidade, isto é, transformá-la. No campo da saúde, em especial, a teoria que é construída sem esse movimento de retorno à experiência torna-se vazia, sem aplicação e seu valor é reduzido, pois despidido de dimensão histórica e dialética, encontra-se em nível abstrato nas suas considerações sobre o 'ser humano'.

Por este motivo, acredita-se que seja imprescindível associar a teoria à prática, pensar a vida na sua mais constante fluidez considerando os efeitos das relações no âmbito biopsicossocial. O que é prática? Significa o ato de realizar, de transformar em realidade o que se pensa ou projeta. O que é a teoria? É o conhecimento abstrato daquilo que queremos realizar.

Entende-se que nas interações entre o organismo e o ambiente, sempre sob o controle seletivo da atividade nervosa superior, o biológico não é completamente distinto do social. A relação entre os dois é primária e fundamental. Não é mais válido determinar as propriedades dos dois separadamente de acordo com suas naturezas particulares. Os processos se dão de forma tal que os dois, o biológico e o social, são componentes complementares.

Estas relações, entre o organismo e o ambiente, são ainda mais enriquecidas pelo fato do próprio ambiente ser passível de transformação, não ser imutável. Uma mudança no ambiente pode resultar na transformação dos organismos que existem em seu interior, pois: "Transformando suas condições de vida, o homem se transforma" (VOYAT, 1984).

A Dialética Marxista permitiu à Psicologia compreender o organismo e seu ambiente em interação constante, como uma totalidade unificada. O Materialismo

Dialético é pertinente a todo domínio de conhecimento, como também a todo domínio de ação. Mas a Psicologia, mais que qualquer outra ciência, pode encontrar no materialismo dialético sua base e os princípios que a guiam (ibid).

A partir desta visão, propõe-se um contraponto ao saber dogmático e rígido da ciência mecanicista que ainda norteia as práticas em saúde de forma hierarquizada e elitista. Sabe-se que muito embora o conhecimento sobre os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais envolvidos no parto venha se fortalecendo cada vez mais, na maioria das maternidades, as mulheres em trabalho de parto ainda são consideradas apenas pacientes, corpos grávidos onde se investiga a patologia.

Ao ouvir a voz das mulheres constatamos que a dor e o medo da intensidade desta dor fazem parte de suas expectativas. Elas esperam vivenciar uma dor muito forte e assim, consideram que as intervenções utilizadas sejam sinal de bom atendimento, pois servem para reduzir o tempo de sofrimento. Além disso, fica visível a crença que possuem com relação a sua incapacidade de parir, na medida em que revelam a dependência do olhar médico e das intervenções para o sucesso do parto. Essa postura frente às intervenções médicas reflete o desconhecimento sobre o processo do parto e a falta de confiança em si mesma, que tem como consequência, a impossibilidade do exercício da autonomia.

A partir da fala das entrevistadas a dor revelou-se como um dos principais motivos de medo e preocupações acerca do parto, expondo os aspectos psicológicos, a dimensão da experiência dolorosa e as reações emocionais relacionadas a ele.

Sabe-se que o ambiente físico e as intervenções obstétricas influenciam a avaliação sobre a experiência de parto e afetam a intensidade da sensação de dor (PIRDEL e PIRDEL, 2009). Uma experiência de parto intensamente dolorosa aumenta certamente o nível de estresse vivido pela mulher, que, por sua vez, aumentará a sensação de dor. E é fato conhecido que o estresse no trabalho de parto tem papel central em complicações como, a diminuição das contrações, imunossupressão e o parto prolongado (ibid.).

Desse modo, deve-se considerar que os fatores psicológicos influenciam fortemente a percepção e a intensidade da dor durante o parto. Sabemos, então, que amenizar a sensação de dor e oferecer suporte físico e emocional, além do conhecimento sobre o processo do parto, pode transformar integralmente esta experiência. Em alguns casos, o suporte adequado às necessidades da mulher, permite mesmo que se torne uma experiência prazerosa (DAVIS e PASCALI-BONARO, 2010).

Dentre outros motivos, pode-se dizer que o desconhecimento das mulheres produz uma relação de submissão ao saber médico e reflete diretamente a qualidade da experiência de parto. Na medida em que a mulher não dispõe de conhecimento sobre seu corpo e seu parto, entrega este controle aos médicos e espera que o parto “seja feito” por eles.

Outro ponto importante revelado pela fala das mulheres foi o constrangimento que vivenciam na relação com os profissionais e frente às intensas sensações e reações que apresentam ao longo do trabalho de parto e no parto. Foi percebido e relatado por uma das entrevistadas (L.H.X.) um caso de uma mulher no leito ao lado, que gritava todo o tempo e que, por este motivo, nenhum profissional se aproximava dela, seja para dar qualquer tipo de suporte ou mesmo para comunicar sobre a possibilidade da anestesia.

A análise das entrevistas também apontou para o diálogo pobre que existe entre as mulheres e os médicos sobre questões relacionadas ao momento do parto e seu desenvolvimento, evidenciando o fato de que o discurso médico é aceito passivamente pela parturiente, que se sente constrangida, conformando-se e silenciando.

Percebemos como a atitude dos profissionais nesse momento de tamanha intensidade de sensações e emoções, torna-se um aspecto muito importante na experiência de acolhimento e bem estar vivenciada pela mulher.

Em alguns relatos é possível notar como o acolhimento baseado no respeito ao processo fisiológico, às necessidades da mulher em trabalho de parto, como no caso da sugestão do banho, tem efeito benéfico em sua experiência integral.

Vimos também que algumas vezes as necessidades das mulheres não são ouvidas, são ignoradas. Houve casos, que em detrimento dos métodos não farmacológicos de alívio da dor que devem compor a assistência em primeiro plano, foi dada preferência ao uso de anestesia, procedimento que pode provocar a necessidade de outras intervenções como pudemos ver em um dos casos (R.Z.S.).

Constatamos que existe um tipo de violência obstétrica que é objetiva neste atendimento, que produz dor e sofrimento físico, no uso de intervenções excessivas, que já não são mais recomendadas, como a episiotomia de rotina, por exemplo. No caso, a episiotomia, como foi visto nas entrevistas, ocorreu em todos os partos, já que é um procedimento de rotina da Maternidade Escola (BORNIA e AMIM JUNIOR, 2006). É um procedimento altamente invasivo que ocorreu sem o conhecimento e o consentimento de todas as mulheres entrevistadas. Inúmeras evidências demonstram os

prejuízos dessa prática, não só fisicamente, mas emocionalmente. Além da dor e das seqüelas, o poder de escolha e a autonomia são fortemente negados nesse tipo de assistência.

A formação dos médicos se dá por um viés medicalizado e intervencionista, de acordo com a visão patológica do parto. E as mulheres também esperam vivenciar o parto com dor e sofrimento. Com isso, vimos que tanto as mulheres como os profissionais relacionam o nível de tecnologia disponível para intervir e “consertar” o parto, como o que define a boa assistência.

Definir a boa assistência, com o auxílio do campo da Psicologia, é incluir a compreensão do fato de que essas mulheres podem estar envolvidas numa intensa e importante viagem de descoberta e de mudança que, para além do nascimento e do momento de dar à luz, pode ser vivida como uma experiência estimulante e de transformação. Nesse sentido, a fim de oferecer uma boa assistência, deve-se levar em consideração que a base para a qualidade desta experiência está no atendimento das necessidades fisiológicas, ambientais e psicológicas das mulheres no parto.

O bom atendimento, isto é, o atendimento humanizado, muitas vezes é confundido e reduzido à atitude de simpatia dos profissionais. Não se trata de simpatia, mas de respeito à autonomia enquanto direito de conhecer e escolher o que considera melhor para si mesmo. Dessa maneira, o conhecimento médico não deve ser considerado superior ao conhecimento de si mesmo e às escolhas que a mulher deseja fazer, mas como um saber que pode auxiliar em momentos críticos quando a saúde da mãe ou do bebê está em risco. Assim, promovendo o conhecimento e ouvindo a fala das mulheres é possível alcançar o contrabalanço da dinâmica de poder presente nesta relação e resgatar a autonomia perdida.

Ainda que este tenha sido um estudo limitado pelo número de sujeitos investigados, nos permitiu indicar, como um achado da pesquisa, um aspecto sutil da violência obstétrica. Para ilustrar este quadro, conforme o relato de L.C.F., por exemplo, notamos que o período em que sentiu as contrações foi acompanhado do suporte humanizado e ela conta sobre o bom atendimento e as medidas que aliviaram sua dor. Porém, relata uma dor intensa na hora que o bebê nasceu, relacionada à intervenção de rotina, pois sentiu o corte da episiotomia ‘queimar’, uma dor ‘terrível’. Já na fala de L.H.X., notamos que seu trabalho de parto foi intensamente doloroso e sem suporte físico ou emocional, sendo ignorada quando pedia ajuda. Sua fala muda no momento em que conta sobre os estagiários que apareceram e ‘fizeram seu parto’, já que pela

anestesia aplicada ela parou de sentir dor e com o auxílio e a orientação de uma profissional, rapidamente seu bebê nasceu. Com esses exemplos, vemos a importância do suporte humanizado na qualidade da experiência e os efeitos negativos intensamente vividos como resultado da violência sutil presente no atendimento.

Essa violência sutil ocorre principalmente através da indiferença frente às dores e angústias apresentadas pelas mulheres. Essa indiferença define um modo de cuidado e suporte que não corresponde com as reais necessidades das mulheres no parto ou mesmo com o atendimento humanizado. Desse modo, ocorre também o desrespeito à autonomia delas e o fortalecimento da submissão vivenciada na relação médico-paciente. Nesse ponto, retomamos a definição de violência de Chauí, situada na Introdução do presente trabalho (pág. 14), a fim de relacioná-la à violência sutil que está presente na passividade e no silêncio das mulheres neste momento, pois, segundo esta autora, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência.

Percebemos que a violência sutil, se dá dessa forma pelo fato de não ser algo evidente para as mulheres e nem para os profissionais. A base deste comportamento situa-se na crença de que o parto é um momento de dor e sofrimento, com dificuldades que toda mulher deve suportar. O suporte oferecido pela instituição, quando sensível e comprometido com as necessidades das mulheres, pode alcançar o nível sutil da violência e dar fim a ela, isto é, dar fim ao sofrimento de muitas mulheres.

Conforme este entendimento torna-se importante considerar a experiência do parto, assim como a da gravidez, como parte do fluxo da vida, de um continuum, que não poder ser claramente dividido em início do trabalho de parto, primeira fase, segunda fase, parto e puerpério, sem que haja um prejuízo para a totalidade da experiência.

Na medida em que se resgata o protagonismo da mulher, conhecendo a forma como vivenciou seu parto, pode-se contribuir com a construção de um modelo de assistência e de um novo significado para o parto, que permita que os profissionais possam compreendê-lo com base na experiência das mulheres. Para isso, é preciso resgatar seu caráter íntimo, emocional e de grande importância na vida da mulher.

Assim, ao oferecermos a oportunidade de falar sobre seus partos, acreditamos ter promovido a chance de resgate de autonomia, na medida em que foi construído um relato que dá significado e reconhecimento à experiência que vivenciaram. Ainda que esta experiência tenha sido positiva, negativa ou com algumas lacunas sem respostas.

A contribuição da Psicologia é valiosa nesse momento. Através do olhar da Orgonomia, como apresentado, podemos ter como base um modelo de suporte simples

de ser aplicado. O objetivo mais abrangente deste trabalho é de trabalhar com os profissionais de saúde, a maneira de lidar com as mulheres em trabalho de parto, ocorrendo de forma respeitosa e empática. E assim, destacamos que aos psicólogos caberia, através do conhecimento sobre a fisiologia e a psicologia do parto e nascimento, oferecer um suporte especializado no pré-parto – campo incipiente, no qual esta pesquisadora atua buscando contribuir com sua construção e crescimento.

Outra forma de atuação pode ocorrer pelo trabalho com as gestantes, no pré-natal, contribuição que a psicologia pode oferecer através da escuta e do acolhimento apropriados, que vai além da transmissão de informações a respeito desse processo.

Desta maneira, pode-se auxiliar às próprias mulheres a fim de que possam apropriar-se de seu parto, não o encarando apenas como algo que lhe é feito, podendo compreender a realidade e a singularidade dessa vivência, como uma expressão da sua própria personalidade e como uma profunda experiência psicosssexual (ARNEY, 1982).

Este propósito encontra-se em consonância com o movimento de mulheres que, no Brasil, a partir da década de 80, começou a questionar o modelo médico centrado na visão defeituosa da condição feminina. Hoje, a crítica feminista defende que a experiência da maternidade seja voluntária, prazerosa e socialmente amparada, contribuindo enormemente para transformações na assistência ao parto e nascimento no Brasil (DINIZ, 2000).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa propôs investigar a experiência do parto na voz das mulheres a fim de conhecer como vivenciavam esse momento. A contribuição da literatura interdisciplinar permitiu a construção de uma discussão crítica a respeito dos diversos aspectos envolvidos no atendimento oferecido às mulheres no momento do parto. A partir da proposta de uma pesquisa com base no campo da Psicossociologia, deve-se destacar que a compreensão dos fatores sócio-históricos teve importância particular na análise posterior da experiência das mulheres para além da compreensão psicológica.

Através da abordagem qualitativa de pesquisa, buscamos compreender o significado atribuído, pelos sujeitos em questão, ao fenômeno estudado, por meio de entrevista semiestruturada. Dessa forma, os sujeitos desta pesquisa foram quatro mulheres adultas, primíparas, cujas gestações foram de baixo risco e que entraram em trabalho, tendo sido atendidas na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

É importante destacar o valor aqui atribuído ao relato em primeira pessoa da experiência vivida, pois ao possibilitarmos que o paciente fale de sua experiência e de seu sofrimento, permitimos um contrabalanço na dinâmica de poder presente nessa relação. O poder está relacionado ao saber médico, supervalorizado em nossa sociedade, em detrimento do conhecimento de si mesmo sobre a saúde. Essa conformação das relações está presente também no atendimento à mulher no parto.

Acrescido à forma de relação específica na instituição, está o lugar de submissão que a mulher ocupa, definida pela cultura, onde se encontra destituída de autonomia. Dar voz às mulheres permite que promovamos seu *empoderamento* e que tornemos visível sua experiência e seus sentimentos a respeito desta. Assim, buscamos ampliar a compreensão sobre a forma de atendimento e os efeitos provocados na vida das mulheres, também com o intuito de adequar as práticas conforme as necessidades que apresentam.

Mesmo atravessando algumas dificuldades na realização desta pesquisa e contando com tempo reduzido, transformações na metodologia e número de sujeitos também reduzido, acreditamos ter obtido alguns achados importantes. Achados que podem apontar transformações e inspirar futuras pesquisas que possam aprofundar a discussão sobre o tema.

A violência obstétrica é um tema em crescente discussão. A literatura referente a ele mostra, sob a perspectiva das mulheres, como estas vivenciam o parto com dor, humilhações e seqüelas físicas e psíquicas, muitas vezes irreversíveis. A questão cultural aparece como pano de fundo da visão negativa e patológica a respeito do parto.

A dor intensa constitui importante fator considerado nas expectativas e experiências relatadas. O nível de intervenções no atendimento ao parto é grande, apesar das recomendações da OMS e do SUS serem contrárias a esta prática. Segundo esses órgãos, deve haver um motivo válido, ou seja, com base em evidências científicas, para intervir no processo fisiológico do parto, considerando ainda os aspectos relacionais do suporte humanizado oferecido pela instituição no atendimento.

Observamos também o desconhecimento das mulheres sobre seus corpos e sobre o processo do parto, o que contribui para que deleguem poder aos médicos responsáveis por “fazerem os partos”, abrindo mão de sua voz e autonomia. Outro fator importante é o ambiente que deve ser apropriado considerando o processo fisiológico e íntimo, ou psicológico, característicos desse momento. Nesse sentido, além do ambiente físico, ressaltamos a importância do ambiente definido pelas relações estabelecidas entre as mulheres, seus acompanhantes e os profissionais que as atendem.

A análise do conteúdo das falas, ainda que em universo reduzido, revelou importantes aspectos sobre a experiência dessas mulheres. Como achados apontados por esta pesquisa, destacamos a violência sutil que ocorre no atendimento.

O suporte técnico e tecnológico disponível é visto como definição de boa assistência. Os profissionais parecem acreditar que este suporte garante o bom atendimento na medida em que, a seu ver, diminui o tempo de sofrimento das mulheres no parto. As mulheres parecem acreditar que este realmente deva ser o melhor atendimento, já que também compartilham a crença de que o parto é algo doloroso e sofrido do qual merecem alívio e salvamento.

Contudo, o conhecimento atual sobre o processo do parto, considerado enquanto experiência integral demonstra que é possível oferecer condições para uma vivência mais digna e feliz através do suporte humanizado. Os resultados advindos de outros modelos de atendimento ao parto, como as casas de parto, por exemplo, ou mesmo o parto domiciliar, revelam maior satisfação das mulheres com sua própria experiência e com o suporte oferecido. Importantes autores contribuíram desde o início do século XX para a compreensão mais humana e empática com relação à experiência das mulheres

nesse momento. Dessa forma o aspecto sutil da violência pode ser alcançado e superado pelo suporte que a instituição venha oferecer.

Devemos ter em mente que o parto, para além do processo de transformações físicas intensas, representa uma profunda transformação psicossocial na vida das mulheres. A psicologia pode contribuir de forma valiosa nesse momento. Por isso, recomendamos a prática do psicólogo para além do acompanhamento especializado durante o pré-natal. Destacamos a contribuição que este profissional pode oferecer nas salas de pré-parto e parto. Através da escuta e do acolhimento característicos dessa profissão, podemos promover a qualidade da experiência das mulheres nesse momento.

Como sugestão de base teórica e prática, a Ergonomia surge como conhecimento privilegiado para a compreensão dos fatores biopsicossociais do parto que possibilitam o cuidado eficaz e sensível às necessidades das mulheres. Este seria um modelo de simples implementação que possibilitaria ainda a preparação necessária aos outros profissionais da equipe multiprofissional da instituição, envolvidos na assistência direta ao parto.

Consideramos, por fim, que promover melhorias e humanizar o atendimento ao parto e nascimento seja oferecer um atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com a melhoria nos ambientes de cuidado e nas condições de trabalho dos profissionais.

Como sugestão de temas para futuras pesquisas, acreditamos ser necessária a realização de um trabalho de sensibilização com os profissionais que atendem ao parto, com base nas evidências científicas recentes. Os resultados da presente pesquisa podem ajudar. Além disso, outra possível e valiosa contribuição posterior seria revisitar o relato das mulheres sobre suas experiências, como forma de avaliação do impacto desse trabalho com os profissionais que promovem esta assistência.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** v.15, n.36, p.79-91, jan./mar. 2011.

AMORIM, M.M.R., KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, v. 36, n. 1, p.47-54, jan. 2008.

ARNEY, W. **Power and the Profession of Obstetrics**. Chicago: The University of Chicago Press, 1982.

ARNEY, W.R.; BERGEN, B.J. **Medicine and the Management of Living: Taming the Last Great Beast**. Chicago: The University of Chicago Press, 1984.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (POR): Edições 70; 1994.

BASTOS, M.H., DINIZ, S., RIESCO, M.L., OLIVEIRA, S. Promoting evidence-based maternity care in middle-income countries: challenges and opportunities. **Midwifery**, v. 23, p.111-112, 2007. Disponível em: www.elsevier.com/locate/midw

BERGER, P.L., LUCKMANN, T. **The Social Construction of reality: A Teatrise in the Sociology of Knowledge**. New York: Anchor Books, 1966.

BORNIA, R.G.; AMIM JUNIOR, J. **Protocolos Assistenciais Maternidade-Escola**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Análises Clínicas; Anatomia Patológica; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Musicoterapia; Nutrição; Psicologia; Serviço Social. Editores Adjuntos: Hermógenes Chaves Netto; Cristiane Alves de Oliveira; Renato Augusto Moreira Sá. Rio de Janeiro, 2006.

BRAIDOTTI, R. **Sujeitos Nômades**. Gênero y Cultura. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2000.

BRENES, A.C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, n.7, v.2, p. 135-149, abr/jun, 1991.

CAMPOS, C.H.; OLIVEIRA, G.C. (org.) **Saúde reprodutiva das mulheres: direitos, desafios e políticas públicas**. CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. 124p. (Coleção 20 anos de cidadania e feminismo). Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H.Boll, Fundação Ford, 2009.

CAPRARA, A.; FRANCO, A.L.S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.139-146, 2004.

CARVALHO, C.C.M. (org.), SOUZA, A.S.R. (edt), MORAES FILHO, OB. (edt). Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**, v.38, n.5, maio, 2010.

CECATTI J.G., CALDERON I.M.P. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. **RBGO**, v. 27, n.6, p.357-65, 2005.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CHAUÍ, M.; CARDOSO, R.; PAOLI, M.C. (Orgs.). **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. v.4. p.25-62.

COSTA, T., STOTZ, E.N., GRYSZPAN, D., SOUZA, M.C.B. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Comunic, Saúde, Educ**, v.10, n.20, p.363-80, jul-dez, 2006.

DAVIS, E.; PASCALI-BONARO, D. **Orgasmic birth**: your guide to a safe, satisfying and pleasurable birth experience. New York: Rodale Press, 2010.

DAVIS-FLOYD, R. **Changing Childbirth**: The Latin American Example. *Midwifery Today*, v. 84, p. 9-13, 64-65, 2007.

_____. **Culture and Birth**: The Technocratic Imperative. *International Journal of Childbirth Education*, v. 9, n. 2, p. 6-7, 1994.

_____. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, n.1, p. S5-S23, 2001.

_____.(ed.). **Birth Models that Work**. London: University of California Press, 2009.

DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C., RAPP, R. **Childbirth and Authoritative Knowledge**: Cross-Cultural Perspectives. UNIVERSITY OF CALIFORNIA PRESS, 1997.

DESLANDES, S.F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago, 2005.

DIAS, M.A.B., DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p.2647-2655, dez, 2006.

DICK-READ, G. **Childbirth without fear**. London: Pollinger Limited, 1959.

DINIZ, S.G. **Cartilha**: Humanização do parto e o exercício dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. 2003.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.627-637, 2005.

_____. **Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada:** breve história de uma luta. 2000. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/documentos/maternidade_voluntaria.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2012.

_____. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.** v.19, n.2, p. 313-326, 2009a.

DINIZ, S.G. Direitos das mulheres, modelos de assistência ao parto e sua relação com a morbi-mortalidade materna. **Apresentação no Seminário Mortalidade Materna e Direitos Humanos no Brasil, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), São Paulo, 27 e 28 de Maio, 2009b.** Disponível em: <http://www.ccr.org.br/uploads/noticias/Simone%20Diniz.pdf>

_____. “O corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva I**, n.1, p. 80-91, 2006.

_____. Evidências em saúde: o que são, o que podem ser, e de que tipo de evidências precisamos. Este texto é uma versão preliminar de capítulo do livro **“Prevenção do HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos”**, organizado por Vara Paiva, Ivan França Jr. e José Ricardo Ayres, s/d.

DINIZ, S.G., CHACHAM, A. *et al.* **Dossiê Humanização do Parto/Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos** – São Paulo, 2002.

D`OLIVEIRA, A.F.P.L; DINIZ, S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, vol.359, may 11, 2002.

DOMINGUES, R.M.S., SANTOS, E.M., LEAL, M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Ca. Saúde Pública**, v.20, supl.1, p.S52-S62, 2004.

DOSSIÊ CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO. **Nacional Triênio: 2009 a 2011.** Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras, 2009.

DUARTE, S.J.H.; ANDRADE, S.M.O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v.17, n.2, jun. 2008.

EDWARDS, N.P. **Birthing Autonomy: Women’s Experiences of Planning Home Births.** London: Routledge, 2005.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Complaints and disorders: the sexual politics of sickness.** Londres: Writers and Readers Pub.Coop., 1973.

EL DIB, R.P. Como praticar a medicina baseada em evidências. **J Vasc Bras**, v.6, n.1, 2007.

ENKIN, M.; KIERSE, M.; RENFREW, M.; NIELSON, J. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.

FAÚNDES, A., PÁDUA, K.S., OSIS, M.J.D., CECATTI, J.G., SOUSA, M.H. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev. Saúde Pública*, v.38, n.4, p.488-94, 2004.

FIGUEIREDO, B., COSTA, R., PACHECO, A. Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, v.2 (XX), p. 203-217, 2002.

FIGUEIREDO, N.S.V.; BARBOSA, M.C.A.; SILVA, T.A.S.; PASSARINI, T.M.; LANA, B.N.; BARRETO, J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, out./dez. 2010.

FRASER, N. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas na justiça na era pós-socialista. In: SOUZA, Jessé (org.). **Democracia hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001, p. 245-282.

_____. Políticas feministas na era do reconhecimento: uma abordagem bidimensional da justiça de gênero. In: BRUSCHINI, C. e UNBEHAUM, S. G. (orgs.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: FCC; Ed. 34, 2002, p. 59-78.

_____. Mapeando a imaginação feminista: da redistribuição ao reconhecimento e à representação. *Revista Estudos Feministas*, vol. 15, n. 2, Florianópolis, mai-ago/2007, p. 291-308.

GARCIA, A.V.; ARGENTA, C.E.; SANCHES, K.R.; SÃO THIAGO, M.L. Humanizar o humano: bases para a compreensão da proposição de humanização na assistência à saúde. *R. Saúde Públ. Santa Cat.*, Florianópolis, v. 2, n. 1, jan./jul, 2009.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GOMES, M.L. **Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

GOMES, A.M.A.; NATIONS, M.K.; LUZ, M.T. Pisada como Pano de Chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. *Saúde Soc.* São Paulo, v.17, n.1, p.61-72, 2008.

GOTTVALL K., ALLEBECK P., EKÉUS C. Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *BJOG*. v.114, n.10, p.1266-72, Oct, 2007.

GRIBOSKI, R.A., GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.15, n.1, p.107-14, 2006.

HOTIMSKY, S.N. A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia. **Trabalho proposto para apresentação no I ENADIR – Encontro Nacional de Antropologia do Direito Universidade de São Paulo – 20 e 21 de agosto de 2009.**

HOTIMSKY, S.N.; RATTNER, D.; VENANCIO, S.I.; BÓGUS, C.M.; MIRANDA, M.M. O parto como eu vejo...ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1303-1311, set-out, 2002.

HOWELL-WHITE, S. **Birth Alternatives: How Women Select Childbirth Care** (Controversies in Science). London: Greenwood Press, 1999.

JOHNSON, C. The political “nature” of pregnancy and childbirth. **Canadian Journal of Political Science**, v.41, n.4, p.889-913, 2008.

JORDAN, Brigitte. **Birth in four cultures**. Illinois: Waveland press, prospect heights, 1978.

JORDAN, B., DAVIS-FLOYD, R.. **Birth in Four Cultures : A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States**, 1992.

KITZINGER, S. **A experiência do parto**. Lisboa: Instituto Piaget, 1984.

_____. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Presença, 1978.

LARKIN, P.; BEGLEY, C.M.; DEVANE, D. 'Not enough people to look after you': an exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. **Midwifery**, v.28. n.1, p.98-105, Feb, 2012.

LEAL, M.C. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1724-1725, 2008.

LEAL, M.C., GAMA, S.G.N., CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.1, p. 100-07, 2005.

LUZES, E. **A Necessidade do Ensino da Ciência do Início da Vida**. 2007. 1538f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: www.cienciadoiniciodavida.org

MABUCHI, A. FUSTIONI, S. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 420-426, 2008.

MACCORMACK, Carol (Comp). **Ethnography of fertility and birth**. Londres: Academic Press, 1982.

MALDONADO, M. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1991.

MARIANO, S. Debates feministas sobre direito, justiça e reconhecimento: uma reflexão a partir do modelo teórico de Nancy Fraser. **Mediações**, Londrina, v. 14, n.2, p. 34-51, Jul/Dez. 2009.

MARIN, A.H.; SCHNEIDER D.; TAGMA M.; LOPES, R.C.S.; PICCININI, C.A. Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto. **Aletheia** 29, p.57-72, jan./jun. 2009.

MARTINS, L.A.; SILVA, L.W.S.; NUNES, E.C.D.; AGUIAR, A.C.S.; NASCIMENTO, I.G.M. Procurando caminhos para humanização do parto: um olhar no estado da arte. **Rev. Integrativa em Saúde e Educação**, v.1, n.1, p. 51-59, 2010. Disponível em: <http://www.ufrb.edu.br/revise/index.php/edicoes/1o-edicao>

MATTAR, R.; AQUINO, M.M.A.; de MESQUITA, M.R.S.. A prática da episiotomia no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], vol.29, n.1, pp. 1-2, 2007.

MATTAR, L.D.; DINIZ, S.G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012.

MARTIN, E. **A Mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução.** Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7ª ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco; 2000.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÈRIO DA SAÚDE. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).** Brasília/DF, 2000. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/htm>

MIRANDA, D.B.; BORTOLON, F.C.S.; MATÃO, M.E.L.; CAMPOS, P.H.F. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet] v.10, n.2,p.337-346, 2008.

MORSE, M.L.; FONSECA, S.C.; BARBOSA, M.D.; CALIL, M.B.; EYER, F.P.C. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, Apr. 2011 .

NAGAHAMA, E. , SANTIAGO, S. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p.651-657, 2005.

_____. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, 2008.

NETTO, H.C.; BORNIA, R.G.; AMIM JUNIOR, J. **Protocolos Assistenciais Maternidade-Escola.** Universidade do Rio de Janeiro. Obstetrícia; Anestesiologia; Neonatologia. Editores adjuntos: Alvio Palmiro; André Luiz Arnaud Fonseca; Cristiane Alves de Oliveira; Francine Machado Ribeiro; Miriam Perez Figueiredo de Andrade; Nancy Ribeiro da Silva; Renato Augusto Moreira de Sá. Rio de Janeiro, 2005.

NOGUEIRA, A.T. O parto: encontro com o sagrado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.1, p. 122-30, 2006.

OLIVEIRA, M.J.V.; MIQUILINI, E.C. Frequências e critérios para indicar a episiotomia. **Rev Esc Enferm**, v.39, n.3, p.288-95, USP 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: WHO, 1996.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios, 2011. Série Saúde no Brasil 1, **The Lancet**. Disponível em: www.thelancet.com

PACHECO, A.; FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PAIS, A. Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v.7, n.1, p.7, 2005.

PAMPLONA, V. **Mulher, parto e Psicodrama**, São Paulo: ED. Ágora, 1990.

PARADA, C.M.G.L.; TONETE, V.L.P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.35-46, jan./mar. 2008.

PAULA, M. VOLPI, J. O método do Pensamento Funcional Energético na clínica reichiana. Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro/Latino-América, XIII, VIII, II, 2008. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2008. Disponível em: www.centroreichiano.com.br. Acesso em: 11/05/2010.

PEREIRA, R.; FRANCO, S.; BALDIN, N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. **Rev Bras Anestesiol**, v.61, n.3, p. 376-388, 2011.

PEREIRA, W.R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v.13, n.3, p.391-400, 2004.

PICCININI, A.; LOPES, R.C.S., DONELLI, T.S., LIMA, C.M. O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.18, n.2, p.247-254, 2005.

PIRDEL M, PIRDEL L. Perceived Environmental Stressors and Pain Perception During Labor Among Primiparous and Multiparous Women. **J Reprod Infertil**. v.10, n.3, p.217-23, 2009.

PLATT, T. O feto agressivo, parto, formação da pessoa e mito-história nos Andes. **Tellus**, ano 9, n. 17, p. 61-109, jul./dez. 2009

PREVIATTI, J.F.; SOUZA, K.V. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Rev. Bras. Enferm.**, v.60, n.2, p. 197-201, mar-abr, 2007.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Prevenção da mortalidade materna. Um compromisso político e ético de governos e da sociedade. Cairo +10. Nenhum Passo Atrás**, 2004. Disponível em: www.redesaude.org.br/.../28%20de%20Maio%202004.pdf

REICH, W. **Materialismo Dialético e Psicanálise**. Editorial Presença: Lisboa, 1977.

REICH, W. **Psicologia de massas do fascismo**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

REICH, W. **A Função do Orgasmo**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

REIS, L.G.C.; PEPE, V.L.E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 1139-1159, 2011.

RIESCO, M.L.; OLIVEIRA, S.M.; BONADIO, I.C.; SCHNECK, C.A.; SILVA, F.M.B.; DINIZ, S.G.; LOBO, S.F.; SAITO, E. Birth centers in Brazil: scientific production review. **Rev Esc Enferm USP**, n. 43(Spe 2), p. 1291-6, 2009.

SAFFIOTI, H.I.B. **A Mulher na Sociedade de Classes: Mito e Realidade**. Petrópolis, Editora Vozes, 1976.

SANTOS, C.M.; IZUMINO, W.P. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. **Rev. Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe, Univ. de Tel Aviv**, 2005.

SANTOS, J.O.; SHIMO, A.K.K. Rotina de episiotomia refletindo a desigualdade de poder. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n.4, p.645-50, dez., 2008.

SARGENT, C.F., DAVIS-FLOYD, R. **Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives**. London: University of California Press, 1997.

SCOTT, J. **Gender and the Politics of History**. New York: Columbia University Press, 1988.

_____. The Evidence of Experience. **Critical Inquiry**, v.17, n.4, p.773-97, Summer, 1991.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. saúde pública**, rio de janeiro, v.20, n.5, p. 1281-1289, set-out, 2004.

SHORTER, E. **Women's bodies: a social history of women's encounter with health, ill-health, and medicine**. London: Transaction Publishers, 1997.

SOARES, A. (2005). **A humanização da assistência pré-natal para gestantes de uma maternidade-escola da cidade do Rio de Janeiro**. Universidade Federal do Rio de

Janeiro. 86 páginas. Dissertação de Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social EICOS/UFRJ.

SOUZA, H.R. **A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SPIVAK, G.C. Can the subaltern speak? In: NELSON, Cary; GROSSBERG, Lawrence (eds.). **Marxism and the interpretation of culture.** Chicago: Chicago Press, 1988. p. 271-313.

SQUIRE, C. **The social context of birth.** London: Radcliffe, 2009.

TANAKA, A.C. **Dossiê Mortalidade Materna.** Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2000.

TEIXEIRA, R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 585-597, 2005.

TELES, M.A.; MELO, M. **O Que é Violência contra a Mulher.** São Paulo, Brasiliense, 2002, p. 18.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

VYGOTSKY, L.S. **Pensamento e Linguagem.** Tradução Jeferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WELTON, D. (ed) **Body and Flesh: a philosophical reader.** Oxford: Blackwell Publishers, 1998.

WOLFF, L.R.; WALDOW, V.R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

APÊNDICE I

Roteiro de Entrevista

Entrevista:

Coleta dos dados sociodemográficos: nome, idade, escolaridade, cor/raça, ocupação, renda familiar, estado civil, situação familiar, crença religiosa.

1. Como foi seu parto?
2. Como você se sentiu?
3. Alguém a acompanhou?
4. Como se sentiu ao ser atendida nesta Maternidade?
5. Era isso que você esperava? De onde tirou essas informações?
6. Acha que poderia ter sido diferente? Como?

APÊNDICE II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “A experiência do parto na voz das mulheres” realizada pela psicóloga Beatriz Maia de Vasconcelos Muniz. Você foi selecionada pelos profissionais que a atenderam por ser adulta, primípara e ter tido uma gestação de baixo risco. Sua participação não é obrigatória. Ao longo da pesquisa, a qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a você, em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

A pesquisa tem como objetivo conhecer a experiência de mulheres no parto. Sua participação consistirá em uma entrevista, para conhecer como você vivenciou o momento do parto.

Os riscos relacionados com sua participação estão ligados à possibilidade de reviver e relembrar experiências que talvez sejam dolorosas ou difíceis.

Os benefícios relacionados com sua participação são: a oportunidade de falar e ser ouvida sobre como vivenciou tais momentos, como foi atendida e o que essa experiência representou em sua vida. E ainda a possibilidade de rever e dar novos sentidos a situações importantes como a chegada de um(a) filho(a).

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Dessa forma, seu nome não constará em qualquer material, mas somente suas iniciais. O material coletado será armazenado em segurança e somente terão acesso a eles a pesquisadora e a professora orientadora desta pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Beatriz Maia de V. Muniz

Programa EICOS/Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus Praia Vermelha: Av. Pasteur, 250, Pavilhão Nilton Campos, Praia Vermelha.
Rio de Janeiro, RJ - Telefone: 3873-5348

Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rua das Laranjeiras, 180, Laranjeiras.
Rio de Janeiro - RJ, Telefone: 2556-9368

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

ANEXO I

MATERNIDADE ESCOLA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A experiência do parto na Voz das mulheres

Pesquisador: Beatriz Maia de Vasconcelos Muniz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04964812.0.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro ((ME/UFRJ))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 146.075

Data da Relatoria: 09/11/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto em questão se refere a investigação sobre as expectativas e vivência acerca do momento do parto de mulheres no terceiro trimestre de gestação, usuárias da Maternidade Escola da UFRJ e atendidas no ambulatório de pré-natal de baixo risco. Com fundamentação teórica na área da psicologia social e do desenvolvimento, discute temas relevantes na área relativa às práticas da atenção em saúde destinada à mulher no parto, enfocando questões de violência de gênero, institucional e obstétrica. As participantes serão entrevistadas e o relato verbal coletado será analisado de acordo com técnica de metodologia de Análise de Conteúdo a fim de discutir sobre o parto como um processo fisiológico, psicológico e sociocultural, cuja experiência individual e subjetiva tem importância particular na vida da mulher que engravida.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto tem como objetivo investigar as expectativas e a vivência sobre o momento do parto de mulheres no terceiro trimestre de gestação, usuárias da Maternidade Escola da UFRJ e atendidas no ambulatório de pré-natal de baixo risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando a metodologia do projeto, o mesmo não apresenta riscos para as participantes, com benefícios em termos de suporte à equipe de saúde da Maternidade para ajudar o serviço de atendimento pré-natal com vistas a adotar práticas de atenção em saúde mais humanizados que considere as expectativas femininas durante a gravidez.

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)1556-9747

Fax: (21)1205-9064

E-mail: cep@me.ufrj.br; ivobasilio@me.ufrj.br

MATERNIDADE ESCOLA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Diante das mudanças efetuadas pelo pesquisador, a projeto pode ser considerado adequado sem restrições éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Após reformulações, o TCLE está adequado, com redação mais clara e objetiva.

Recomendações:

As pendências foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante das mudanças efetuadas pelo pesquisador, a projeto pode ser considerado adequado sem restrições éticas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado pelo colegiado, já que as pendências foram resolvidas.

RIO DE JANEIRO, 14 de Novembro de 2012

Assinador por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)1556-9747 Fax: (21)1205-9064 E-mail: cep@me.ufrj.br; ivobasilio@me.ufrj.br